Anno XXIV. N. 1.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1908.

INDICE

Memorie Originali

Necrologie

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

Anno XXIV — 1908

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1908.

INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

Necrologie

Dal Manicomio provinciale di Macerata

D.r Prof. Giovanni Esposito

FUNZIONI E RAPPORTI
DI ELEMENTI NERVOSI E NON NERVOSI NEI GANGLI SPINALI

Avendo precedentemente descritto i reperti singolari delle cellule dei gangli spinali nella vecchiaia e in alcuni stati patologici, come li rivela il metodo all'argento ridotto (1), intendo ora trattare dei rapporti fisiologici e patologici tra elementi nervosi da una parte ed elementi « non nervosi » in genere (2) dall'altra, e discutere, sul fondamento dei dati di morfologia normale e di alterazioni morbose, la funzione modellatrice e quella secretiva attribuita ai diversi componenti del tessuto nervoso.

Dallo studio delle disposizioni che affettano i vari elementi del ganglio spinale, Cajal ha creduto poter concludere che i satelliti disimpegnino, nel modellamento del neurone, una funzione alquanto simile a quella degli osteoclasti nel ritocco architettonico definitivo dell'osso (3). Se non che, al contrario di questi, i satelliti agirebbero stimolando la nutrizione e l'accrescimento delle neurofibrille e determinando, in conseguenza, importanti cambiamenti morfologici nel contorno del corpo cellulare e dei prolungamenti. All'influsso stimolatore, che potrebbe paragonarsi all'eccitamento tattile dei leucociti, le neurofibrille risponderebbero stirandosi e allargandosi in direzione

(1) *Esposito* — Rilievi di morfologia cellulare nei gangli spinali dell'uomo [**Riv. ital. di neuropat. psich. ed elettrot. - 1908 n.r 2**].

(2) Mancandomi ancora dati sufficienti per pronunziarmi su pretese speciali origini di corpuscoli satelliti, endoteliali ecc., uso la dicitura generica di elementi « non nervosi ».

(3) *Cajal* — Tipos celulares de los ganglios sensitivos del hombre y mamiferos (**Rev. de la Real Acad. de Ciencias 1905**).

della minor resistenza, cioè lungo gli spazi che i corpuscoli satelliti lasciano liberi, nelle lacune pericellulari.

Con tal meccanismo si comprenderebbe la creazione del glomerulo iniziale dell'assone nelle cellule dei gangli spinali, le curve e gli avvolgimenti all'origine del cilindrasse (neuroni dell'asse cerebro-spinale), la formazione tardiva di dendriti nel soma e finalmente la genesi del fenestramento nei gangli sensitivi.

Naturalmente, il risultato sarebbe anche in parte dovuto alla pressione meccanica esercitata dagli elementi nevroglici, pressione che, ad un certo grado, potrebbe provocare la formazione di cavità, estuberanze e fossette (cellule fenestrate e sfrangiate).

Soggiunge Cajal che, per chiarire le variazioni morfologiche quali si riscontrano nella senilità e negli stati patologici, bisogna inoltre ammettere che detta attività modellatrice dei corpuscoli satelliti sia regolata da alcun che, la cui origine deve ricercarsi nel protoplasma neuronico istesso, specie di sostanza antimitosigena che dovrebbe prodursi o attenuarsi o mancare a seconda lo stato dei processi nutritivi.

Così, nell'epoca di maturità della vita e in istato di sanità la supposta sostanza frenatrice si formerebbe in grande quantità, e per la sua azione le pleiadi nevrogliche pericellulari manterrebbero, con poche variazioni, il numero originario; senza dare, per conseguenza, motivo a metamorfosi importanti nell'aspetto cellulare. Ma nella decrepitezza o negli stati patologici, diminuita notevolmente la produzione di sostanza frenatrice negli elementi gangliari più affaticati e compromessi, rotta la diga contentiva delle cellule satelliti, queste prospererebbero, e, penetrando meccanicamente nel protoplasma nervoso, ecciterebbero l'accrescimento delle neurofibrille, che, spandendosi in proiezioni amiboidi negl'interstizi della massa nevroglica, giungerebbero fino alla capsula. La singolare ricchezza di corpuscoli satelliti negli elementi fenestrati, come in quelli dotati di dendriti intracapsulari, potrebbe spiegare perchè lo stato *desgarrado* preferisca questa categoria di cellule.

L'azione della pressione meccanica non è trovata sufficiente, da Cajal, a produrre le alterazioni delle cellule senili. Vi si deve aggiungere che, in presenza dei satelliti, le neurofibrille reagiscono vigorosamente, poichè si allungano, s'incurvano, s'ipertrofizzano, cambiano configurazione, avanzano verso la capsula, ecc.; come se all'eccitamento meccanico rispondano con un atto d'amiboidismo. Ciò si ri-

leva, sopratutto, durante l'infezione rabica, in cui gruppi di neurofibrille eccitate abbandonano il soma e formano nuovi dendriti.

Nè meno la formazione del glomerulo normale può comprendersi, se non si accetta che le neurofibrille dell'assone, stimolate dagli elementi satelliti, crescono all'esterno e si trovano obbligate a descrivere convoluti intracapsulari.

Questi i fatti, le interpretazioni e le ipotesi che Cajal ha avuto il merito di scoprire e segnalare con esattezza, di presentare con suggestiva efficacia.

Dei dati morfologici mi sono più largamente occupato in altro scritto, e non toccherò qui, al momento opportuno, che quanto può essere richiamo necessario a chiarire le induzioni e le teorie.

Perchè contro di esse avanzano non lievi obiezioni.

Si è detto, quasi a trovare una giustificazione della complicata e bizzarra morfologia delle cellule dei gangli sensitivi, che il glomerulo iniziale, le varie specie di appendici e il fenestramento abbiano lo scopo di dare all'elemento nervoso un organo che moltiplichi la superficie di contatto con le fibre nervose afferenti. Motivo che può essere verissimo e che risponde ad una condizione fisiologica molto importante; ma non motivo sufficiente.

In effetti, non è stato tenuto conto del fatto che tali apparati si riscontrano esclusivamente nelle cellule situate fuori dell'asse cerebro-spinale, in piccoli ammassi periferici, quali i gangli rachidei, cerebrali e simpatici. Sinora non è nota a questa regola che una sola eccezione, avendo il Nils riscontrato un aspetto cribriforme dell'intera periferia della cellula nei grandi elementi dorso-mediani del midollo di Lophius (1). È vero che alla speciale localizzazione corrisponde anche il rivestimento del corpo cellulare d'una capsula che può raggiungere dimensioni e spessore notevole; e che alla presenza della capsula s'è data una parte determinante nella genesi del glomerulo, del fenestramento ecc.; ma tal ragione puramente meccanica è troppo debole per giustificare variazioni morfologiche sì costanti e cospicue, da una parte; non ha, d'altra parte, nulla a vedere con l'intento fisiologico della moltiplicazione della superficie di contatto. Il movente

(1) Nils — Deltabildungen und derartige Strukturen bei den Ganglienzellen von Lophius (Anat. Anzeiger 1907).

meccanico dev'esser dunque complicato da altri scopi e deve rispondere ad altri bisogni.

Dirò subito che il movente funzionale è ingiustificato.

È legge biologica che a strutture più complicate rispondano funzioni più complesse, per la reciproca che la funzione sviluppa e perfeziona l'organo.

Ora non è pel momento affatto dimostrato che le cellule dei gangli cerebrali, spinali e simpatici abbiano ufficio fisiologico più complesso di quello di tutte le altre cellule nervose — e sono l'enorme maggioranza — dell'asse cerebro-spinale, siano esse motrici o sensitive, e che pure contraggono tanti e sì svariati rapporti e assicurano complicatissimi ed evoluti funzionamenti.

La presenza della capsula farebbe pensare ad azioni chemiotropiche; se non che esse dovrebbero essere estremamente complesse per generare apparecchi tanto complicati; mentre la pura ragione meccanica, intesa come ostacolo allo sviluppo e alla fuoruscita dell'assone, è ingiustificata e quasi assurda in processi evolutivi fisiologici; è anche discordante da altre mie constatazioni, che mettono in sodo come prolungamenti, molto convoluti nella regione endocapsulare, decorrono poi con leggero ondulamento e senza mai fare ansa negli spazi intercapsulari, quasi altrettanto ricchi di elementi connettivi quanto le capsule istesse.

Se invece ci teniamo strettamente a questi rilievi: che solo le cellule situate eccentricamente — dirò così — rispetto al nevrasse, sono nel tempo istesso dotate di capsula, ricche di elementi satelliti e munite di prolungamenti accidentati, con sfere e coni e volute e fenestramenti, non potremo a meno di concludere che tutto l'insieme dipende da unica causa e obbedisce ad unica indicazione. A diversità di sede, che espone gli elementi specifici a più frequenti, più facili, più cospicue lesioni da violenze e offese esterne, corrisponde diversa struttura e maggior protezione. Difatti, i convoluti, le anse, i fenestramenti sembra che meglio di tutti si oppongano a che lesioni dall'esterno — specialmente stiramenti — abbiano pronta e facile ripercussione nell'interno della cellula nervosa; come la presenza della capsula e la ricchezza degli elementi satelliti par meglio indicata a mitigare gli effetti della compressione.

Protezione meccanica, dunque, come *conseguenza di localizzazione periferica*. È la stessa ragione, forse, che muta le stesse cellule, in origine opposito-polari, in monopolari.

Se anche conoscessimo la disposizione delle fibre nervose afferenti e i loro rapporti con gli speciali apparati cellulari gangliari, non per ciò questa mia interpretazione genetica meccanica perderebbe valore. Vorrebbe dire semplicemente che a modificate strutture del soma neuronico son seguite modificazioni dell'apparecchio afferente; poichè non v'ha chi non veda doversi in modo diverso comportare le terminazioni afferenti quando vanno a contrarre rapporti con cellule incapsulate, coronate fittamente di satelliti e con prolungamenti singolarmente accidentati.

Peraltro, in tutte queste valutazioni, è bene tener presente quanto ammonisce LUGARO, non esservi organi con funzioni uniche e semplici (1); nè, quindi, io escluderò che nei gangli spinali cerebrali e simpatici alle speciali disposizioni cellulari corrisponda un peculiare stabilirsi di rapporti e di contatti; cosa che resta come probabilità sino a che, come nota lo stesso CAJAL, non conosceremo la disposizione delle fibrille nervose afferenti. — Io ho inteso, con le ragioni critiche e le considerazioni suesposte, solamente spogliare d'un particolare significato fisiologico la morfologia cellulare, facendola rientrare sotto il dominio d'un fattore più generale, *meccanico*, che deve aver presieduto al suo sviluppo come a quello di altre particolarità (capsula ecc.), di cui gli elementi dei gangli son forniti, a differenza di tutti gli altri dell'intero tessuto nervoso.

.·.

Circa alle cellule fenestrate dissi già altrove che a me non risultava un fenestramento dovuto a porzione periferica del soma cellulare disgregato in maglie dall'azione penetrativa e distensiva delle cellule satelliti; ma che invece mettevo, almeno nella grandissima maggioranza dei casi, il tutto a carico del prolungamento. Tanto più che mi era capitato qualche esemplare in cui due prolungamenti, uscenti contigui da un polo del soma, mentivano bene il fenestramento del corpo cellulare.

Sul fatto mi conviene insistere, perchè, malgrado i reperti siano stati diversamente interpretati da CAJAL, e malgrado che LEVI (2)

(1) LUGARO — Sulle funzioni della nevroglia (Riv. di pat. nerv. e ment. 1907 - n.r 5.

(2) LEVI — La capsula delle cellule dei gangli sensitivi. (Monitore zoologico italiano 1907).

ammetta la supposizione che gli anficiti (LENHOSSÉK) possono avere una parte attiva nel processo del fenestramento — per non parlare delle teorie di HOLMGREN, secondo cui i prolungamenti delle cellule intracapsulari fanno una rete entro il protoplasma istesso della cellula gangliare — io ritengo penetrazione non esservi. D'altronde, se ciò pare spieghi in modo semplice il fenestramento, non è così in fatto; troppo complicato, troppo intelligente, starei per dire, diventa l'ufficio di semplici elementi endoteliali o connettivi; più difficile diventa comprendere lo sviluppo degli intrecci negli animali adulti: oltre che, infine, ad un esame minuzioso, che nulla trascuri, manca a tale interpretazione la prova dei fatti. Se la colorazione all'argento ridotto mette in evidenza dei nuclei tra gli archi o le maglie, resta sempre (come ho fatto altrove notare) forte sconcordanza tra la presenza degli uni e la conformazione degli altri; per cui non v'è tra le ampie volute o le curve nette, eleganti quella corrispondenza e congruenza con la convessità calcolabile di uno o due elementi satelliti presenti che è necessaria tra ogni cosa modellata e il corpo e la superficie che fanno il modellamento; mentre, d'altra parte, restano molte maglie e molti esemplari in cui nuclei satelliti non esistono e le singolari disposizioni cellulari si osservano lo stesso. É vero che anch'io ho espressamente insistito sul fatto che non tutti i nuclei si colorano col metodo all'argento ridotto, e che per averne il rilevamento totale occorre procedere a colorazioni accessorie; ma ciò appunto impone, a mio parere, la sospensiva circa qualunque interpretazione. Alla differenza di colorabilità corrisponde differenza anatomica, funzionale, patologica — biologica in genere — tra elementi ed elementi?

Ecco una questione che bisogna prima risolvere. E bisogna ancora sorprendere e seguire il fenestramento nelle sue fasi iniziali per saper dire i rapporti che corrono tra esso e la dote di nuclei della cellula, e quali di essi sono eventualmente impegnati.

Sul terreno della biologia generale mi pare poi inammissibile che disposizioni a significato prettamente funzionale e in ogni caso di natura progressiva, evolutiva della cellula nervosa siano affidate, per la loro genesi, nientemeno che al potere penetrativo e distensivo degli elementi endoteliali, nevroglici o connettivali. La simbiosi nevroglico-nervosa di CAJAL finirebbe col dare un'importanza che ognuno troverà eccessiva ai componenti indifferenziati del tessuto. Dopo tutto, è meglio seguitare a ritenere l'apparato fenestrato di dominio dei prolungamenti cellulari. Tale lo dimostrano parecchie delle figure dello

stesso CAJAL, tale la figura da me riprodotta di due prolungamenti che escono vicini e s' intrecciano fra loro (fig. 1).

∴

Che il corpuscolo sfrangiato rappresenti un prodotto della senilità o di stati patologici hanno confermato anche le mie precedenti ricerche. E se ROSSI l'ha trovato in giovani animali e sani (1), dev'essere stato a titolo veramente eccezionale. Peraltro non é escluso che in condizioni fisiologiche qualche cellula ammali; certo non infrequenti alterazioni di neuroni e di fibre si riscontrano nei centri nervosi di animali molto giovani e di bambini fino a due anni di età.

Ciò che voglio qui riprendere è invece il meccanismo di formazione dello sfrangiamento. « En general, los elementos desgarrados aparecen, por comparación con los sanos, màs pequenos ». Intanto, CAJAL vuole che le cellule proliferate eccitino, per una loro speciale azione, le neurofibrille del neurone; queste allora emettono ramificazioni spinose insinuantisi fra gl' interstizi della pleiade pericellulare, e crescono, si ramificano, generando così quella vasta costruzione di trabecole interstiziali, limitate dalla capsula, ond'è caratterizzato il corpuscolo sfrangiato. Successivamente, quando il processo è all' apogeo, il soma si rimpicciolisce ed atrofizza, le neurofibrille disseminate in cordoni paiono come filtrate tra le pleiadi satelliti. Due fasi, dunque, una reattiva, produttiva di neurofibrille; una terminale, atrofica.

Se non che, indipendentemente dall' ultimo stadio atrofico, la cellula sfrangiata, anche in fase reattiva, è più piccola del normale. Io confermo il reperto della grandezza, ma noto che esso mal si presta a servire quale espressione istologica d' una condizione irritativa, produttiva, ipertrofica ed iperplastica del sistema neurofibrillare. A meno di ammettere che solo le piccole cellule dei gangli spinali siano capaci di assumere la forma sfrangiata, cosa finora ingiustificata, anzi arbitraria.

Ma io mi nego di accettare, non avendolo osservato, uno stato veramente ipertrofico delle neurofibrille. La varietà di aspetti che esse presentano in diverse condizioni fisiologiche e patologiche, su

(1) *Rossi* — Intorno ad alcune particolarità morfologiche delle cellule dei gangli spinali nei mammiferi (IV riun. della Soc. ital. di pat. 1906).

cui siamo appena in principio di ricerche, non permette pronunziarsi categoricamente sul significato e sul valore di questo o di quel reperto. Poi, la fase reattiva se è ammissibile in elementi côlti da un processo morboso (specialmente acuto come nella rabia, per virus ad azione elettiva) nella loro piena vigoria, non lo è più davvero per le cellule dei vecchi, avviate lentamente all'esaurimento e all'usura dalla lunga e diuturna funzione, dalla nutrizione gradualmente sempre più deficiente ecc.

È vero che Cajal fa intervenire in aiuto la compressione meccanica esercitata dagli elementi endocapsulari; ma le mie osservazioni mi allontanano anche da questo concetto. L'esatta riproduzione che offro di preparati in cui tutti gli elementi endocapsulari sono stati messi in evidenza da colorazioni successive al trattamento con l'argento ridotto, dimostrano non esistere quasi mai tale accumulo di nuclei affollantisi sulla cellula sì da determinare compressione distruttiva o almeno infossamento del soma; e la proliferazione essere più stipata nel contorno capsulare istesso anzichè a ridosso del margine cellulare (fig. 2).

Questi tre dati: picciolezza caratteristica del tipo desgarrado, non avverata (o di incerta significazione) ipertrofia neurofibrillare, non verosimile compressione del soma neuronico, m'inducono a ricercare altri elementi genetici dello sfrangiamento.

Esso dev' essere — secondo intuisco — prodotto da modificazioni endogene della cellula nervosa. Effettivamente, le figure, che riproduco dall' altro mio lavoro, dimostrano, con un' evidenza che non ha davvero bisogno di comento, un' evoluzione di malattia cellulare in cui i satelliti hanno parte secondaria o non ne hanno affatto.

Zolle di protoplasma periferico si distruggono, fondono come per necrobiosi, o interessando da bel principio il contorno cellulare o rasentandolo e allargandosi successivamente, onde poi qua e là residuano lacinie periferiche a margini accidentati, tortuosi, lacinie alternate a soccavazioni più o meno profonde che rendono quelle corrispondentemente più o meno sporgenti, talvolta — nei tipi multipolari — situate tra due prolungamenti vicini, di cui accrescono la lunghezza e l'apparente punto d'origine (fig. 3, 4, 5).

Ecco perchè la cellula sfrangiata è un elemento ordinariamente piccolo; e perchè nei punti di lesione e distruzione somatica mancano troppo spesso — fatto su cui ho da cinque anni richiamato l'at-

tenzione a diverse riprese (1) e che riceve ora nuova conferma — elementi ad azione fagocitaria, o non vi penetrano che secondariamente.

Perchè poi questa citolisi parziale e multipla avvenga perifericamente, non si può dire; certo speciali condizioni debbono intervenire, legate sia a contingenze strutturali o patologiche del neurone istesso, sia alla natura, al grado, all'intensità, al tempo evolutivo ecc. del processo morboso che colpisce l'intero tessuto.

Del pari noi conosciamo una cromatolisi periferica e una peri nucleare, senza che si possa dire come e perchè appaia ora l'una ora l'altra forma di lesione anatomica. In fatti, nei soggetti da me sottoposti all'esame istologico, ho pure riscontrato qualche esempio di lesione in toto dell'elemento nervoso: la cellula appare allora come bucherellata, cribrata, tarlata (état vermoulu). Gli effetti finali di tal processo morboso sono naturalmente diversi.

Come diversi sono i reperti di quella lesione che interessa primamente la parte centrale della cellula: dissoluzione perinucleare con periferia d'aspetto normale e contorni somatici intatti. Questo tipo istopatologico, riprodotto dalla fig. 6 era anzi il più frequente nel primo dei casi da me studiati.

Lo sfrangiamento deve dunque — secondo il mio modo di vedere — considerarsi come un fenomeno di natura prettamente regressiva; non si comprenderebbero una reazione ed uno sforzo tendenti alla rigenerazione di elementi specifici in vecchie cellule usurate per tutte le cause che confluiscono nella senescenza; tanto meno poi se tal fase progressiva bisognasse ascriverla all'intervento ed al potere modellativo degli elementi nevroglici. Nulla ancora ci autorizza a capovolgere il concetto ed il fatto, imperanti in fisiologia generale, che la vecchiaia porti seco un aumento di vitalità dei tessuti meno differenziati con parallela o consecutiva (consecutiva in caso di processi morbosi) decadenza dei più evoluti.

Le esperienze sui trapianti dei gangli spinali — malgrado le condizioni d'ambiente fortemente mutate — ci ammoniscono che gli elementi nervosi in fase progressiva o riparatrice hanno espressione anatomica ben diversa dallo sfrangiamento.

---

(1) *Esposito* — La neuronofagia (Il manicomio 1902, 1903).
id. — Sull'istopatologia della corteccia cerebrale nello stato epilettico (Il manicomio 1906).
id. — Citofagia e citolisi nel tessuto nervoso (Il manicomio 1907).

* * *

Se lo stato irritativo, iperplastico e ipertrofico della cellula sfrangiata non è appoggiato dalle risultanze morfologiche, come spero aver dimostrato, diventa anche inutile e cade l'ipotesi della secrezione antimitosigena.

Le modificazioni dei componenti meno differenziati del tessuto nervoso hanno lor sufficienti ragioni e ubbidiscono a leggi generali, biologiche nella sanità; quanto poi agli stati patologici a me sembra che i rapporti tra nevroglia e neuroni riescano nel miglior modo e più semplice chiariti, se si attribuiscono alla glia funzioni di filtro antitossico di fronte al plasma sanguigno e proprietà secretive e istolitiche. Così non la fagocitosi, non la compressione nè la semplice sostituzione per colmare dei vuoti sono i moventi per cui la nevroglia prolifera, e prolifera anche in presenza di lesioni cellulari riparabili e regredisce a guarigione avvenuta dell'elemento specifico.

Questa interpretazione conferma l'ipotesi da me anteriormente emessa, che, cioè, in condizioni normali non occorrano secrezioni difensive o antimitotiche; integra poi e completa e chiarisce bene le condizioni patologiche, per cui la glia aumenta la sua vitalità primitivamente e spesso indipendentemente dall'elemento nervoso — *a scopo difensivo* — ; ma in seguito, a un certo punto e grado di lesione neuronica, è stimolata, dallo stesso metabolismo alterato della cellula nervosa, a una vita più attiva e complessa: proliferazione da una parte, secrezioni dissolventi dall'altra.

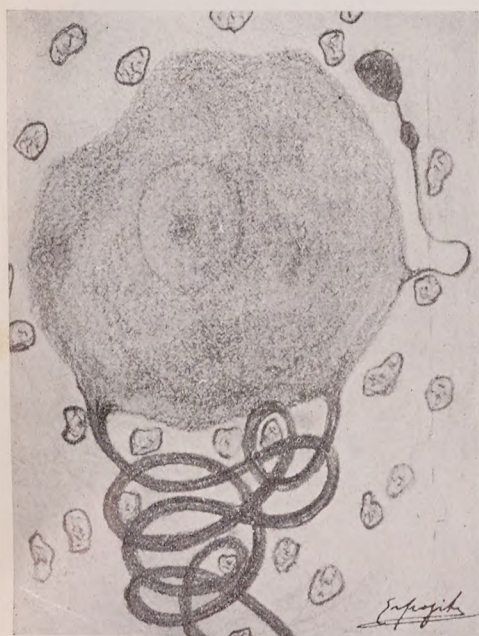



Fig. 1ª

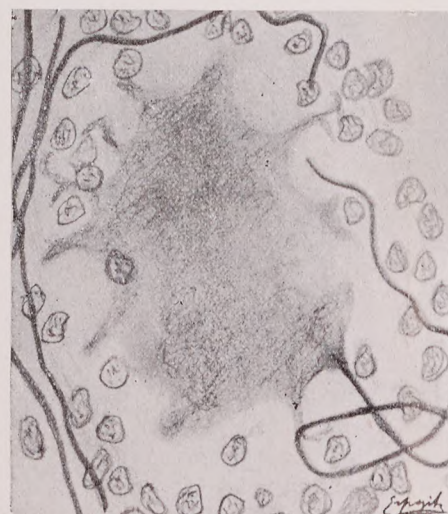



Fig. 2ª

Fig. 6ª

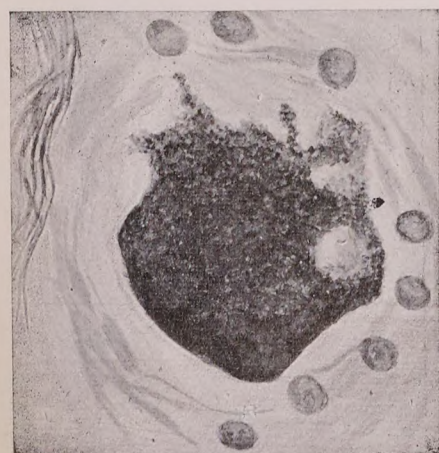



Fig. 3ª

Fig. 4ª

Fig. 5ª

VECCHIA E NUOVA ANTROPOLOGIA CRIMINALE

Prolusione al corso di Antropologia criminale negl' " Istituti Clinici di Perfezionamento „ di Milano (22 Marzo 1908)

DEL

DR. PROF. FR. DEL GRECO
Direttore del Manicomio provinciale di Como

Signore e Signori!

I.

Nessun luogo è più di questo adatto per ragionare intorno alle origini ed alle ultime forme dell'Antropologia criminale. Nessun luogo più di Milano, della nobile città, in cui vissero CESARE BECCARIA e G. DOMENICO ROMAGNOSI — Ingegni tanto diversi! Eppure, ugualmente animati da quell'impulso novatore, che, tra la fine del 700 e i principii dell'altro, dava al pensiero, alla vita sociale, un moto gagliardo, inusitato, forse unico nella Storia!

E la risorta Italia continuò l'opera dei maggiori: con la indipendenza, mirò di nuovo alla gloria delle Scienze.

Due sviluppi, due tradizioni di pensiero si vennero incontro; si fusero in armonia — L'una: era il pensiero giuridico-sociale, che da G. B. VICO saliva al ROMAGNOSI, a CARLO CATTANEO, a ROBERTO ARDIGÒ — E l'altra?

Era la nostra Medicina, la grande Medicina della Rinascita, creatrice di tante Scienze, dell'Anatomia normale, patologica, comparata, della Fisiologia, della Fisiognomica. — Mentre G. B. DELLA PORTA ed il DOLCE ed altri ricercavano le umane fisionomie; i nostri grandi pittori già su tele immortali avevano fissate le *espressioni*, i moti fuggitivi dell'anima umana.

Con la novella vita civile tornarono in noi gl'impeti e le speranze della Rinascita. E venne su una schiera di anatomici, fisiologi,

naturalisti — Corrente d'indagini, che, per opera di Cesare Lomrroso, di Enrico Ferri, del Virgilio, del Garofalo, del Puglia, si fece dappresso a quella delle Scienze giuridiche — E nacque l'Antropologia criminale — Dalla vicina Pavia, negli Annali del R. Istituto lombardo, Cesare Lombroso, tra l'anno 1871 ed il '76, diede alla luce la prima edizione dell' " Uomo delinquente „ : quel libro che doveva rivelare al mondo la nuova Scienza.

∴

L'Antropologia criminale ebbe ancora origini straniere ed imponentissime. Sarebbe opera lunga il ricordarle appena — In Francia la gloriosa Medicina dello Spirito passò dalla Clinica degl' infermi di mente a quella dei criminali. Il Morel e I. Moreau de Tours gittarono un ponte ardito tra Clinica ed Antropologia e Psicologia concreta. Despine indagò profondamente la psiche dei criminali. — Seguirono gl' inglesi Thompson e Nicolson, e Maudsley ed altri — Il metodo della Scuola di Francia fu *clinico-psicologico* — Svolgevasi più tardi la Psicologia sociale di Gabriele Tarde.

Dalla Germania i continuatori dei grandi anatomici della fine del 700, i seguaci del Gall e Spurzheim (come in seguito il Benedikt), avevano fatti tentativi nello studio morfologico, anatomico dei criminali — Fiorivano le ricerche etnografiche più diverse: si avanzava il darwinismo — Correnti d'indagini ed idee, nell'ambito delle Scienze della Natura, svolgevansi per tutta Europa, per l'America del Nord.

∴

Fu allora, che Cesare Lombroso scovrì, all'autopsia di un delinquente, la fossetta media cerebellare. E la scoverta gli rivelò di un subito una vasta, sconosciuta regione.

Momento divino in quel pensiero! — Tra le fredde mura di una camera anatomica, Cesare Lombroso, diritto, acceso lo sguardo, vide tutto un mondo ideale da percorrere, e lotte, e vittorie, ed implacabili vicende!

Egli non fu lo scienziato assorto, silenzioso, che ricerca lontano

dalla vita e dal mondo. Egli fu scienziato ed apostolo ancora, profeta di novelli veri.

Spirito divinatore, irruente, va attraverso idee, interpetrazioni opposte e diverse. Novello titano con lena infaticabile accumula fatti su fatti: inventa nuovi mezzi tecnici, rinnova gli antichi, e percorre tutte le ricerche intorno all'uomo criminale nelle direzioni più varie e strane ed insospettate.

Entusiasta, il cuore riboccante di fede e simpatia, attrae nell'orbita sua una schiera di ricercatori, nemici e diversi. Tutti considera fratelli, e li accende e li move alla ricerca, alla propaganda.

Nella terra classica delle lotte personali, delle individualità solitarie, prive di continuità e di simpatie estese; egli riuscì a determinare un movimento collettivo, duraturo — Solo per questo dovrebbero gl'italiani esser grati a CESARE LOMBROSO — Non vi è indagine scientifica, senza cooperazione d'intelletti e di volontà — Ed egli riuscì al miracol novo, nella terra d'Italia, libera appena da secolare schiavitù.

∴

Le caratteristiche quindi della nuova Scienza furono in rapporto al *paese*, ov'ebbe forma definitiva — all'*iniziatore* — allo *stato delle Scienze e della Filosofia* in quel tempo.

Al *paese:* fu l'Antropologia criminale *specialmente anatomica e giuridico-sociale.* Dovette inserirsi sul tronco vetusto del nostro sapere — Curò molto la indagine delle *espressioni* degl'individui e le loro *forme organiche.* Anzichè una Psicologia, creò una Fisionomica ed una Etnografia dei criminali.

A seconda dell'*iniziatore* — Ingegno concreto, plastico, volto alle imagini esterne; ed inventivo, polemico — Quindi una visione centrale dominatrice, *il tipo morfologico del delinquente;* e poi errori, paradossi, gagliarde verità; cacciate l'una sull'altra, tenute assieme da un impeto ispirato. E quelle affermazioni rese dogmatiche, imperiose, perchè dovevano operare su tutti, dovevano convincere la maggioranza degli uomini, scuotere la Legislazione.

L'Antropologia criminale ebbe impronta dallo *stato delle Scienze e della Filosofia* — Abbiamo visto, che in Francia, in Inghilterra, in Germania, si svolgevano studii clinico-psicologici, anatomici, sociali. Molti conversero all'Antropologia in esame; e questa ebbe forme varie

ed imperfette, perchè allora nascenti, non mature le Scienze ausiliarie.

Infine dallo stato della Filosofia: naturalistica, sperimentale, che nel dato del senso e nel fatto esteriore trovava l' « ubi consistam », il criterio supremo della certezza.

L' Antropologia criminale nacque così *manchevole nel lato psicologico,* benchè si sforzasse d'indagarlo a suo modo.

C. Lombroso si concentrò dapprima nella visione del *tipo criminale,* salendo in una alla *interpetrazione ataviştica*; e questa completò alla fine con la *interpetrazione morbosa* — Seguirono via via altri tipi, altre ricerche — Egli assimilava per tanto lavoro i contributi più varii.

Le sue ipotesi riuscirono feconde — Lottatore infaticabile, lanciava la ipotesi, come rossa bandiera fra il tumulto della mischia. E nemici ed avversarii ad accorrere, a strapparne il lembo fluttuante. Andò lacera talvolta: ma la Scienza visse; vissero i nostri spiriti e la speranza!

∴

Una grave crisi ha subito il pensiero contemporaneo, e con esso la società e le Scienze — Da circa tre lustri quel naturalismo, che nel pensiero di Erberto Spencer, del nostro Ardigò, dei molti ricercatori di Francia e Germania, aveva toccato i fastigî di un grandioso sviluppo; piegò man mano a decadenza. I seguaci della Critica kantiana, nuove Scienze, nuovi profondi bisogni dell'anima sociale, ne affievolirono i maestosi ondeggiamenti.

Surse la Psicologia: *il fatto psicologico fu riconosciuto in tutta la sua mobile, cangiante realtà,* benchè visto tra inseparabili correlazioni, biologiche e sociali.

Ed ancora tutte le Scienze subirono mutamenti — Le Matematiche si volsero a ricercare i loro principii: la Meccanica oscillò sulle basi. La Fisica, la Chimica si fecero profonde e maravigliose di scoperte: furono investite da un dinamismo in lotta con il meccanicismo ultimo — La Biologia si raccolse nella indagine di minimi esseri; andò fino alla molecola organica, alle bio-more, ricercando gli aiuti della Chimica fisica.

In particolar modo le Scienze sociali s'iniziarono o svolsero; e la

Scienza della Storia umana, novella fenice, rinacque dalle ceneri, in cui sembrava consunta.

L'immane trasformarsi di tutto il sapere scosse le malferme linee dell'Antropologia criminale; ne fece visibili le deficienze, le lacune. Ci rese ingiusti verso il fondatore ed i seguaci suoi.

Nuovo, possente impulso trovò la Psicologia clinica e sociale di Francia. E si affermò, ricca per vastità di conoscenze e per metodi di fine analisi sperimentale, la " Kriminalpsychologie „ dei tedeschi.

Questi ultimi si volsero contro alcune idee lombrosiane da tempo vinte: contro alle medesime ed al tutto si volsero alcuni nostri giovani alienisti — È il caso di dire, come gli spiriti dopo la maledizione di Fausto:

> Ahi! Ahi! con violento
> Braccio tu l'hai sovverso
> Il bel mondo: ei si squarcia, ei si dissolve
> . . . .
> E noi la brulla
> Ruina sua giù per le morte strade
> Travolgiamo del nulla.

Un ventennio di lavoro e di entusiasmo è stato presso che nulla? La Scienza degli Uomini delinquenti è stata tutto un delirio?

Non giusta sentenza! — Per valutar bene il momento critico, che l'Antropologia criminale attraversa, occorre fissarne l'organesimo, *la struttura logica* — Solo in tal modo è possibile scandagliare di essa la vitalità, il destino.

II.

L'Antropologia studia *un tutto,* un concreto, l'individuo umano. Altre Scienze, la Fisica, o la Chimica, o la Biologia, o la Psicologia medesima, astraggono da questo tutto, dall'individuo, *un lato solo*; ed esso ricercano — Come più si astrae; vale a dire, come più si limita il problema, l'ignoto da conoscere; più si rende possibile la formazione di una Scienza.

L'Antropologia pone a sè una questione enormemente complicata, *tutto l'individuo umano*. Non potrebbe svolgersi, senza l'ausilio di una moltitudine di Scienze, che del tutto, dell'individuo, indagano ora questo, ora quel lato — Le Scienze più astratte, la Fisica, la Chimica, la Biologia, ecc.., proiettano fasci di luce sulla realtà centrale, oscura, sull'individuo umano, obietto dell' Antropologia.

Quest'ultima è descrizione, è Scienza storica: descrive la genesi, lo sviluppo, il decadere delle individualità umane normali; come la Clinica delle individualità morbose.

L'Antropologia dai più varii individui astrae alcuni *tipi*, alcune figure generiche. Non va oltre. Enuncia qualche provvisoria, incerta *generalizzazione* — Su questi tipi, su queste fluttuanti generalizzazioni, convergono i fasci luminosi delle Scienze: le correggono, le svolgono, ne sublimano la materia, elevandola da *descrizione* a *gruppo di leggi*.

Fa mestieri adunque per l'Antropologia tutto un sistema di ricerche collaterali. Su essa gravita una pleiade di Scienze. Non solo; ma, con le sue generalizzazioni provvisorie, dubbie, prepara il formarsi di nuove Scienze.

Al modo istesso, l' antica Medicina, con le tanto derise *vedute dottrinarie*, segnava gl'inizii di molte discipline, fatte realtà all' ora presente.

Il pensiero umano incomincia con l'errore. La verità è involuta nell'errore: si libera da questo a fatica, va tra revisioni continue.

∴

Mi perdonino l'arido discorso — Era indispensabile — Così meglio valuteremo l'opera lombrosiana; ne sarà concesso intendere, perchè la vecchia Antropologia criminale, quella che andò dal 1870 oltre il '90, fu seminata di ardite, non sempre esatte generalizzazioni.

La colpa, anzichè dell' iniziatore, fu delle Scienze ausiliarie, incomplete, nascenti qua e là — Allora progredivano gli studî antropometrici, morfologici, e via: quindi il *carattere somatico* dell' Antropologia criminale. Presentemente dominano gli studii psicologici: quindi l'Antropologia criminale sarà *psicologica*.

La nostra è Scienza di *osservazione e sintetica*: descrive e in-

terpetra in una, ricostruisce, per l'aiuto di Scienze ben diverse. È una Clinica sui generis; va distinta dall'ordinaria Clinica mentale.

∴

L' Antropologia è Scienza polimorfa — Fiume maestoso, scorre per aride lande e verdi pianure, sotto cieli sereni e gravidi di nubi basse, minacciose; e in sè riflette varietà infinite!

Non è agevole dire, in futuro poco lontano, come muterà questa Scienza dell' Uomo — Per Antropologia intendo, non la Scienza dell'Uomo morfologico od organico soltanto, ma dell' Uomo *tutto intero*, psichico e somatico.

Chi studia un oggetto deve prima indagarlo nella sua nota prominente, caratteristica. Ed il caratteristico d'ogni uomo sta nel lato psichico — L'individuo umano si caratterizza per la sua *particolare forma psicologica*. Questa è l'ambito centrale, il « nodo », ove cadono, dove riflettonsi due ordini di raggi, due ordini di realtà: il mondo *fisico-biologico*, il mondo *sociale*.

Anche gli oppositori dell'Antropologia criminale dicono, che bisogna volgersi allo studio della psiche nei delinquenti; ma credono di aver fatto tutto, quando l'hanno ricercata, descritta, sia pure con i metodi più sottili di analisi sperimentale — Non basta: bisogna chiedere fatti ed idee ad altre Scienze *per veramente descrivere e conoscere* la psiche del criminale.

Essi obliano l'enorme complessità dell'oggetto che indagano: confondono la *Psicologia, Scienza analitica*, con *l'Antropologia psicologica, Scienza sintetica, dei tipi umani* — La prima studia i fenomeni psicologici in astratto: ci pone davanti gruppi di fenomeni mobili, cangianti, fra loro intimamente connessi. Sono meteore che figurano un individuo secco, schematico, vuoto di contenuto — Mentre l'Antropologia ha davanti a sè l'individuo pieno, concreto, *tuffato nella realtà, nei più diversi ordini di realtà.*

∴

In mezzo a questi ordini di realtà si trova l'individuo. È posto fra due *ambienti generatori*, tra l'ambiente fisico-biologico (ho detto), e quello sociale.

Gli studii anatomici e funzionali, svolti con tanto entusiasmo dalla Scuola lombrosiana, ne aiuteranno grandemente a *ricostruire l'individualità psico-organica criminale.* Saranno lo stelo, onde si erge il capitello, la mente, che nelle sue volute ed intagli ricorda un altro mondo faticoso, quello sociale, veramente umano.

Epperò due grandi capitoli ha l'Antropologia criminale, ed in genere l'Antropologia — Un capitolo studia l'individuo dal *lato fisico-biologico,* studia i *temperamenti* e le *costituzioni.* Da questo lato si mette in continuità con la Medicina e con le Scienze naturali: trova nella Psicopatologia un mezzo di analisi profonda.

L'altro capitolo ha per oggetto l' individuo dal lato *psico-sociale,* vale a dire nella *mente* e nel *carattere* — La mente ed il carattere hanno base sul nostro organismo, ma sono un *prodotto storico-sociale* in particolar modo. Quindi vanno conosciuti, mercé i dati delle Scienze storiche e sociali.

L'individuo non è un essere isolato, ha dappresso tanti individui. La sua matrice prima sociale è il *gruppo,* l'orda. E via via si tocca il clan, la tribù, la civis, l'urbs, il comune, il regno, la nazione. Dal clan si differenzia ancora la famiglia, il parentado. Vi hanno le folle, le sette, le associazioni — Tutti aggruppamenti, che inducono nel soggetto efficienze, le quali ne informano la condotta.

La delinquenza, la irregolarità della condotta appare, talvolta, con lo scindersi dal gruppo iniziale. L'individuo *aberrante, disperso* da quel nucleo originario, ha nel carattere gravi deficienze — Se non aspira a gruppi umani migliori, ovvero non cerca, non vive per alcuna idealità; rendesi manchevole nelle energie, che contrastano *i moti istintivi,* generatori d'atti colpevoli. Egli volge ad infeconde, sporadiche associazioni, proprie dei delinquenti.

L'Antropologia criminale, anche semplice descrizione e interpetrazione di fenomeni, uopo è consideri questi due campi di realtà e di Scienze. E deve sinteticamente riassumerli nel giro angusto, ma profondo, del soggetto umano.

∴

A questo punto richiamo tutta la vostra attenzione — È necessario, che la *Psicopatologia forense sia contenuta, pressochè intera, nell'ambito dell'Antropologia criminale.*

La Psicopatologia forense ha ben altre necessità, ben altro indirizzo, che l' ordinaria Clinica mentale — Qualsiasi alienista si crede buon alienista-legale. È un errore.

Non basta far la diagnosi di malattia nel caso in esame — Urge indagare, che rapporto vi sia tra quei sintomi, ed, in generale, tra la supposta malattia e l' azione criminosa dell' individuo. Urge vedere, che ripercussione abbiano avute quelle modalità patologiche sul *complesso dei fenomeni psichici del soggetto,* se l' azione compiuta da costui *fu per determinismo patologico.*

Bisogna quindi conoscere e bene l' individuo: la sua mentalità, il carattere, il temperamento, la costituzione somato-psichica — Ed allora sarà possibile dire in che modo ha reagito fra le morbose contingenze.

Anche l' ordinaria Clinica mentale deve conoscere l'individuo, essendo le Psicopatie *morbosità individualizzate al massimo grado* — Ma l' individuo della Clinica ordinaria è l' individuo *organico* in special modo, quello della Psicopatologia forense è l' individuo *tutto intero,* negli aspetti psico-biologici e psico-sociali — In altri termini, eccoci in piena Antropologia criminale!

Si noti, che quest' ultima accoglie, per minima parte, tipi umani, sani del tutto, normali. Delinquenti normali ve ne sono certamente; bensì all'estremo della serie — La zona più vasta è costituita da *tipi anomali,* permanenti o transitorî che sieno.

Ad un estremo i sani, all' altro i folli-criminali; in mezzo per serie lunga, infinita gli anomali: ora i semplici mostruosi, ora individui complessi e diversi. Qui sta il manchevole, il criminale semimbecille; colà il geniale o l' eroe, che, accanto ad impulsi nobilissimi, ha deficienze di condotta insospettate.

La realtà umana concreta è inesauribile nelle anomalie. Ognuno trova in sè stesso qualche ombra fugace. E specialmente nelle società nostre, dalle svariatissime individualità, tocche da complessi varî, instabili molto, di azioni perturbatrici.

Dopo tutto l' Antropologia criminale, quando da Clinica sale a Dottrina, altra cosa non è, che Scienza di *alterazioni della condotta umana: alterazioni che vanno dall' errore al delitto.*

L' osservatore deve penetrare tutto il mondo interno nostro, le deficienze, le lacune, le fatali discontinuità: sviluppi accanto a manchevolezze, armonie a dissonanze. Queste talvolta siedono ignorate, inat-

tive, pieghe d'animo che rivelansi in sentimenti o fugaci impulsi immorali: altra volta infirmano e potentemente l' azione.

III.

Le Psicopatie sono *alterazioni dell' individuo*, del soggetto in totalità: infirmano a prevalenza alcuni lati psicologici, ma non risparmiano altri ed il tutto e le inseparabili funzioni organiche.

Dalle Psicopatie conclamate, evidentissime, possiamo dilungarci verso *disturbi e forme mentali sempre più tenui:* queste si trovano, *adombrate*, nei soggetti ordinarii, nei così detti uomini normali.

Le Psicopatie rivelano a noi ingrandite, deformi alcune modalità di *struttura e funzione psichica:* modalità, che non riusciamo a distinguer bene nel tutto compatto dell' individuo sano — Simili a specchi concavi o convessi, svisano la figura del tutto, accentuando alcuni lati, restringendo altri.

In tal modo si rendono mezzo importantissimo per *scandagliare le formazioni profonde di qualsiasi individualità umana*, in particolar modo delle *individualità criminali.*

Ripeto: l' errore di condotta, l' azione delittuosa s' impernia non di rado su certe *manchevolezze* od *eccessività* o *disordini* interni, base prima in altri individui (od espressione ultima) di sviluppi morbosi psichici — Con molta verità il TARNOWSKI scrisse in un libro di Patologia sessuale, che il vizio a nulla di nuovo era riuscito, aveva calcate le orme istesse del morbo — Vizio, criminalità, degenerazione, percorrono le *linee medesime*, *dissolutrici* o *deformatrici* della nostra individualità.

∴

Valga un esempio — È nota in Psichiatria la così detta *frenosi ciclica:* si osserva specialmente nelle donne.

Per giorni, settimane o mesi, la inferma è triste, abbattuta, inerte; poco ricerca alimenti, scade nel peso, dorme male o per nulla — Di un subito, tra un periodo di calma relativa, va allo stato opposto: diventa gaia, loquace, attivissima, si ciba con voracità, aumenta di peso.

Queste lunghe fluttuazioni del sentimento e del volere, connesse a mutamenti profondi nelle funzioni organiche, si trovano *molto attenuate* [*ma pur si trovano*] *in alcune donne dalle apparenze sanissime.*

I famigliari le dicono nervose, eccentriche, lunatiche; mentre il clinico sagace, che le osserva per mesi od anni, distingue in esse questo ciclo psicopatico. Ciclo sordo (ripeto), attenuatissimo, che, ad ora, ad ora, perdesi nelle incertezze di umore di qualsiasi normale natura — In simili casi non è a parlare di frenosi, ma di *periodica instabilità* del sentimento vitale e delle manifestazioni psichiche in complesso.

Notisi, che le oscillazioni della pazzia ciclica vanno unite a mutamenti nelle funzionalità organiche (ho detto), e nei *bisogni organici* — Durante i periodi di depressione la vita sessuale impallidisce e si arresta del tutto; in quelli di eccitamento rendesi vivace. Nella depressione le inferme sono timide, umili; nell' altro stato, ciarliere provocanti, rapaci.

Parallelamente, nei casi molto leggieri: variano con il pervertito sentimento vitale *tutte le esplicazioni organico-istintive.*

Ora può avvenire, che una signora, bene educata, con sensi di decoro ed onestà, commetta azioni sconvenienti, ceda alle insistenze di qualche amatore, si spinga a piccoli furti — Fatti, che restano spesso celati all'universale — Da chi ne sa qualche cosa si spiegano (e bene) per cagioni diverse, riferibili a peculiarità di carattere, di educazione, a fatali circostanze — Nessuno mai sospettò il fattore più notevole: l' eccitamento sordo, mal conosciuto, a cui quell' organismo era in preda.

Si badi — Io non dico, la morbosità causa *unica e prima* di un' azione criminosa. La causa prima è nella nostra natura, e [particolarmente] nella costituzione somato-psichica del reo — Tale costituzione può avere eccessività o perversioni organico-istintive; e queste, col notevolissimo fattore morboso o con altri, riescono alla formazione dell' atto criminale.

Le eccessività, come in generale le anomalie di costituzione, alle volte sono *punto notevoli*, punto diverse da quanto si osserva nella media degli uomini: vengono fatte operose, acuite per condizioni svariatissime.

∴

È argomento terribile, angoscioso lo studio degli errori nascosti, delle gravi deficienze in soggetti, anche elevati per ingegno e nobiltà di animo — *La personalità umana non è un tutto simmetrico, ma irregolare e complicato.*

Le necessità della convivenza forzano tutti a certa uguaglianza di contegno; sulla nostra natura originaria stendono un fitto velo — Sotto il velo pulsano le tendenze più ignorate: ignorate agli estranei, e (talvolta) a chi le ha virtualmente.

Un segno rivelatore di esse può trovarsi in quel *complesso di note somatiche,* che la vecchia Antropologia criminale è andata cercando con molta penetrazione — Tali note sono più significative negl' individui di minore intelligenza. La grossa mandibola, caratteri sessuali secondarii opposti, si notano *di frequente* nell' omicida originario semimbecille, nel semimbecille che ha pervertita funzione erotica.

Presso gl' individui a mentalità comune o superiore, quelle note poco dicono invero — Lo sviluppo del cervello anteriore, organo dei poteri mentali supremi, le molteplici virtualità psiconervose accumulate in noi dalla evoluzione storico - sociale, *covrono,* quando non *trasformano*, *adattano* le primigenie nostre direzioni istintive — Ed i caratteri somatici si fanno radi, ovvero *difficili a interpetrare.*

Tuttavia vi sono individui, in cui un vento di follia, una grave fatica, una intossicazione qualsiasi, bastano per determinare l' insorgere della *remota istintività anormale,* non di rado in soggetti dalla coscienza lucida, operosa — Chi ha queste insorgenze, maravigliato, le nasconde — Si sviluppano la simulazione e la dissimulazione......

Come si vede, in studii di tal genere l' esame psicologico è importantissimo. È il *punto culminante* della ricerca, *ma non il solo.*

L' Antropologia criminale ha l' obietto precipuo d' indagare quegli individui, che *oscillano tra vita sana e morbosa dello spirito* — Il delinquente muove l'agile piede ai limiti della follia, rapido vi penetra e ne fugge lontano: di rado è vinto — La follia piena, completa, è ben altro.

.:

Risorge frattanto l'antico problema — Dobbiamo, oppur no, accettare il concetto di *responsabilità*, il così detto "libero arbitrio,,?

Non è compito nostro internarci fra le superbe volute dialettiche, entro cui battagliarono tanti sistemi e filosofi — A noi giova ricordare, che l'indagine scientifica è determinismo; ma determinismo non vuol dire, che l'individuo umano sia pari ad alcunchè d'inerte, passivo, rispetto all'ambiente.

La responsabilità possiamo concepirla in maniera positiva, come un sentimento, forte in alcuni uomini, debole od assente in altri.

Uomo sociale e uomo responsabile a me sembrano la cosa istessa — Ognuno ricerchi sè medesimo, si studii nei rapporti della sua posizione, rispetto alla famiglia, allo Stato, e via: troverà, ch' è mancipio di legami innumerevoli. Il sentimento di questi legami è sentimento di responsabilità.

Non diversa dalle altre cose al mondo, la responsabilità è soggetta a cangiamenti e specie notevolissime — Aver vivo il sentimento di responsabilità, punto vuol dire, che si abbia ognora l'energia di operare dirittamente. Nè responsabilità viva suona ognora moralità estesa, umana, pieghevole — Il sentimento di responsabilità in un uomo è segno di *un certo equilibrio* del suo Carattere rispetto all'ambiente morale, in cui vive.

Urge, in ogni caso ed in ogni azione criminosa, stabilire i modificatori e perturbatori della condotta media. E ciò, studiando il Carattere in particolar modo, le radici di questo — biologiche e sociali — La pena dovrebbe avere efficacia educativa, dovrebbe avere potenza modificatrice ed in bene sul reo; ma tale potenza è limitata molto.

Vi sono condizioni ineluttabili organiche e sociali, le quali costringono ad essere l'individuo quello che è e non altro; lo costringono ad essere non di rado mal pieghevole a certe influenze, per quanto buone e fattive.

Non da ieri profeti e moralisti si affaticano, con la predicazione, a mutare questa greve natura degli uomini. Da tempo antico minacciano pene terribili al colpevole, e volontieri rinforzano il sermone con patiboli e roghi ed atroci supplizii — Tuttavia l'uomo non mutò, nè agevolmente muta.

Sono lungi dal dire, che *il volere o l'esempio, imposto dall'alto,* non abbiano azione educativa, modificatrice della condotta. Ma il volere, l'esempio, per divenire efficaci, uopo è si svolgano *in armonia con i grandi modificatori e creatori* della individualità umana.

Il sesso, la età, la razza, come la degenerazione, le intossicazioni, ecc., sono i grandi modificatori biologici della individualità: i primi non meno tirannici ed assorbenti degli ultimi — V'hanno poi i modificatori sociali: la classe, lo stato di Cultura, gl' ideali politici, ecc.

Bisogna in ogni caso *averli tutti presenti,* per spiegare il delitto e rendere educatrice la pena, l' azione del Potere sociale sul reo. Bisogna, che *le più diverse influenze concordino su noi, non si elidano a vicenda.*

IV.

Qualcuno resterà sorpreso nell'udire, ch' io ragiono di responsabilità, di pena e cose simili; fantasmi contro cui la Scuola antropologico - giuridica ha dirette le sue falangi sterminatrici — Hanno vita ben dura quei fantasmi, poichè risorgono ad ogni passo — Non io tenterò l'enigma.

Amo soltanto evitar malintesi. E dirò: *come vi è una Clinica, è indispensabile vi sia una Terapeutica dei criminali* — Le regole, i canoni di quest'ultima le trarremo dalle osservazioni nostre, in una con l'aiuto di Scienze e discipline, come la Storia umana, il Diritto, la Medicina, la Pedagogia — Dalla pura descrizione clinico - antropologica e dall' empirismo terapeutico, noi ci sforziamo di salire ad una *dottrina.* E ciò, *per rendere più varie ed esatte le descrizioni, più efficace il trattamento.*

La « dottrina » è un complesso logico d' idee, fatti e vedute, prese da vie diverse, *adattate al nostro scopo* — Una dottrina *non ha il rigore* di una teoria scientifica: posta fra l' empirismo e la verità scientifica pura, si distacca dal primo, non è la seconda; ha nei suoi complicati svolgimenti l' instabile riflesso di tante discipline, che mutano singolarmente e vanno lontane.

Noi siamo medici, psicologi, non legislatori, nè studiosi di Scienze sociali e giuridiche — Se per le ultime riescono giovevoli le nostre osservazioni, tanto meglio — Da noi affatto si cerca d' invaderne il campo, retto da esigenze, metodi, cognizioni d' altra specie.

Le Scienze sociali studiano i fenomeni da un punto di vista ben diverso: studiano la *delinquenza*, ed esempio, mentre noi ricerchiamo la *individualità criminale*. Al modo istesso, la *Storia* dei Commerci, delle Industrie, di tutto il Progresso economico, *non è la Economia politica* — Il loro punto di vista è il *fenomeno sociale in linea astratta:* l'una specie di fenomeni è veduta in rapporto alle altre ed al tutto in organamento, che dicesi Società — Il nostro è il *fatto individuale*, talvolta collettivo, ma sempre in quanto azione d'individui.

Non sembri leggera questa distinzione — É importantissima — Senza dubbio, le nozioni, i punti di vista delle Scienze sociali, non sono campate in aria: sono *in rapporto* con un materiale enorme di fatti ed idee. Alcuni angoli di questa regione vastissima di realtà vengono coltivati ancora dalla nostra disciplina. Si osservano in proposito scambii di risultati e di idee: ma quelle Scienze e la nostra hanno obiettivi diversi.

Non è mia competenza dire, se le Scienze sociali [non ancora bene definite in gran parte] riusciranno ad elaborare le loro nozioni, in modo da salire alla scoperta di qualche uniformità generale di fenomeni. Vi è giunta (tra esse) la Economia politica, ad esempio — Certo, non vi giungerà la nostra disciplina, che ha scopi pratici, anzichè teoretici; può soltanto *descrivere, interpetrare, enunciar regole, suggerimenti*.

La vecchia Antropologia criminale ebbe una *deficiente visione critica* dell'ambito suo, si periglió tra opposti sentieri. Cadde talora in asserzioni, che fecero sorridere i competenti.

Ho dimostrato, che furono necessarî errori, in rapporto alla fase storica di quel gruppo di Scienze — Al presente, bisogna evitarli — Per quanto è possibile, dobbiamo liberare la nostra Scienza da certi presupposti metafisici, sociali, giuridici, i quali ne falsano contenuto e metodi.

∴

Ê tempo omai di arrestarsi — In brevi parole ho cercato di esporre le differenze, che appaiono tra la *vecchia e* la *nascente* Antropologia criminale.

La prima, somatica in special modo, dagli sviluppi rapidi, spezzati (direi): in mezzo una figura tipica genialmente intuita, ed altre via, via: tutte complete, solide, fissate nei particolari somatici e socio-

logici più minuti. Il resto: un cumulo di svariatissime conoscenze, ed invasioni ardite nelle Scienze giuridico - sociali.

L' altra, non ancora realtà scientifica compiuta, lascia intravvedere le sue linee generali — Psicologica a prevalenza, meno statica, più dinamica della prima; saliente dai *tipi* (così acerbamente criticati) ai *processi*, a sfumature innumerevoli — Essa, con l' ausilio d'altre Scienze (in particolar modo della Psicologia morbosa), volge a ricercare *tutte le alterazioni e mutamenti della personalità umana* (origini d' azioni criminose), *ed a vederli in rapporto al duplice ambiente generatore:* biologico e sociale — Critica, modesta nella finalità, è necessario che limiti con la maggiore nettezza l' ambito suo di svolgimento.

Perchè connessa a tante altre discipline, la nostra Scienza (ho affermato più sopra) va con sviluppi irregolari, molteplici — Eppure, sono questi *in continuità evolutiva e feconda,* serbano, per molti lati, la stigmate del fondatore ardito.

Già nei libri dell' ultimo, di C. Lombroso, è notevole la *ricerca psicologica;* in particolar modo nei forti contributi di Enrico Ferri, e poscia del Sighele, di Pasquale Rossi e di altri — Tutti ricordano il movimento psico - sociologico, che andò dalle intuizioni maravigliose di G. Battista Vico alla « Psicologia delle menti associate » di Carlo Cattaneo.

Senonchè dovette sorgere la Psicologia moderna in tutta la sua estensione; la Psicologia evoluzionista inglese, quella patologica e sociale di Francia, quella sperimentale e giudiziaria di Germania, *dovettero accostarsi a questi contributi italiani,* per far sorgere, nell' animo dei cultori, la speranza di una novella Antropologia criminale — Speranza invero — Auguro, che sia gagliarda espansione di quella poderosa unità di studii, ch' ebbe a guida il Lombroso.

Signori!

Il pensatore, che voglia di un solo sguardo abbracciare la Storia delle Scienze, da quando sui lidi di Grecia, nella Ionia antica, surse il pensiero, libero da legami teologici e casta; — da quei secoli lon-

tani all' ora presente; rimarrà colpito davanti al superbo, immane avanzare.

Tra rapide esplosioni, tra luminosità abbaglianti in notti serene, o tenebre fonde; vedrà, che le Scienze hanno percorso un doppio cammino.

Da una parte sono ascese ad astrazioni ognora più vaste ed universali: iridi maravigliose sulla oscura, impenetrabile realtà — La Geometria, la Meccanica hanno tentato i fastigî di verità ognora più alte, movendo (pari al nostro ALIGHIERI) di cielo in cielo, facendosi rimote dalla terra, dalla *molteplice realtà concreta* — Ha il pensiero da questa astratto aspetti distinti, isolati, idealizzandoli, facendoli universali: quindi la diversità delle *Scienze pure.*

Dall' altra vi é stato un movimento inverso, di concentrazione, di discesa al reale complicatissimo, ribelle a conoscenza — Da quel cielo lontano e luminoso delle Scienze pure sono discese le acquisite idee, concentrandosi alla intellezione di qualche dato obiettivo; sforzandosi di strapparlo alla cognizione empirica, di elevarlo in tutta la sua scoraggiante ed impenetrabile complessità. Ed allora sono apparse le *Scienze concrete ed applicate.*

Le prime, in alto, analitiche e generalizzatrici; le altre, in basso, sintetiche e fattive — Le prime, limitate nei loro confini; le seconde irregolari, polimorfe, faticosamente delineantisi tra oscurità e scoperte ed errori infiniti — *Il destino delle seconde è legato allo svolgersi e giganteggiare e moltiplicarsi delle prime.*

La Medicina, l' Antropologia criminale sono fra le Scienze seconde, sono legate agli sviluppi di molte altre discipline.

Su ciò giova meditare e conchiudere — . . . . . Sono legate al destino di tante Scienze — Invocano quindi, più delle altre, la *cooperazione*, l' opera d' innumerevoli ricercatori e diversissimi, che si dispiegano da Londra a Buenos Aires, dall' Australia a Stockolma.

Che magnifico spettacolo di concorde opera umana! — Gente l'una all'altra estranea, diversa di fedi, d' interessi, d' abitudini: eppure, operanti in una a questo grandioso edifizio ideale!

Noi italiani abbiamo averlo sugli altri presente — La nostra Storia scientifica [illegible]pritori, fulgide genialità; è povera di correnti ideali intense, [illegible]ative, davvero operose — Difettano in noi quelle virtù di simp[illegible]operazi[illegible], che fanno grande la Scienza in un popolo, in un' [illegible]

Ed appunto Milano, questa metropoli distesa per i verdi piani lombardi, con le sue industrie e commerci, con l' incremento potentissimo della vita civile, con i suoi lavoratori instancabili, vibranti all' unisono; sarà monito, esempio all' Italia di quelle virtù, creatrici ancora di Scienze — Per queste occorrono liberi, innumerevoli, ma concordi spiriti!

Fra gl' idoli infranti del passato, sollevano le Scienze all'orizzonte altre, luminose Deità, che investono di fiamma viva, esaltano i nostri cuori, le nostre menti: sono le Deità nuove ed immortali del Lavoro concorde, della Pace fra gli uomini!

Manicomio Provinciale di Catanzaro in Girifalco

Direttore R. PELLEGRINI

EMIGRAZIONE E PAZZIA

PEL

DOTTOR GIUSEPPE TOLONE

Medico-aiuto

L'emigrazione dalla Calabria e più particolarmente dalla Provincia di Catanzaro, come dalle altre regioni d'Italia, è cominciata certamente da almeno un quarto di secolo, eppure dalla fondazione del nostro Istituto (Luglio 1881) fino al 31 dicembre 1896 fra 598 ricoverati (parlo solamente degli uomini) nessuno, a quanto risulta dalle notizie storico-anamnestiche delle singole tabelle nosologiche, era reduce dall'estero.

Nel quinquennio che va dal 1.° gennaio 1897 al 31 dicembre 1901 fra 326 ricoverati, soltanto 7 erano reduci dall'estero: questi pochi e sparpagliati casi, sia per l'esiguità numerica che per il lungo intervallo di tempo decorso fra l'uno e l'altro non richiamarono l'attenzione di nessuno; e quand'anche l'avessero richiamato, non si sarebbe certo dato da chicchessia alla precedente emigrazione di quei ricoverati maggiore importanza di quella che abitualmente si dà ai più insignificanti episodi della vita.

Col rifiorire però in questi ultimi anni dell'emigrazione, le cose cambiarono e nell'ultimo quinquennio dal 1.° gennajo 1902 al 31 dicembre 1905 fra 337 nuovi ammessi, ben 44 erano emigrati di ritorno in patria, e propriamente:

Anno		nuovi ammessi		emigrati		percentuale	
Anno	1902:	nuovi ammessi	69 —	emigrati	6 —	percentuale	9 % circa
«	1903:	« «	68 —	«	5 —	«	8 % «
«	1904:	« «	68 —	«	9 —	«	13 % «
«	1905:	« «	78 —	«	10 —	«	13 % «
«	1906:	« «	54 —	«	14 —	«	26 % «

Questa percentuale sempre crescente, anzichè passar sotto silenzio s'impose, per così dire, all'osservazione dei sanitari per cui, die-

tro consiglio del Direttore, al quale rendo pubbliche grazie per i suggerimenti e l'aiuto di cui mi fu largo, mi sono accinto allo studio di quest'argomento nella speranza di trarne qualche costrutto.

Inoltre nei primi quattro mesi di quest'anno in corso, fra 17 ricoverati figurano altri 5 reduci dalle lontane Americhe, sicchè complessivamente ne ho preso in esame 56.

Avrei però la presunzione di credere che tale numero avrebbe potuto essere eventualmente maggiore se per ogni infermo ci fosse stata in piena regola la modula informativa prescritta dalla legge, poichè disgraziatamente spesso vengono condotti al Manicomio, da persone che poco li conoscono degli infermi dei quali poco o niente si sa perchè poco o nulla risulta da monchi e grami certificati medici alligati all'ordinanza di ricovero: inconveniente che ha già provocato un ordine del giorno del Dott. PELLEGRINI votato all'unanimità dalla Società Freniatrica Italiana, Sezione Napoletana, nell'adunanza del 17 Giugno 1906 e, dietro istanza dello stesso, una circolare del Prefetto di Catanzaro in data 10 dic. 906, N: 30163 diretta ai Sindaci dei Comuni della Provincia per l'osservanza della legge.

Ad ogni modo, di questi 56 i più sono reduci dall'America del Nord; in minor numero sono i reduci dall'America del Sud; pochi quelli dall'Africa Settentrionale (Egitto, Tunisi ecc.): tutti però vi si erano colà recati, trasportati dalle grandi correnti migratorie, in cerca di lavoro più rimunerativo.

Sempre da quanto risulta dalla parte storico-anamnestica delle singole tabelle nosologiche, dei 56 folli emigrati alcuni impazzirono durante il viaggio di andata e furono quindi retrocessi in patria; altri subito dopo giunti alla meta, sicchè furono ricoverati nei manicomî dell'estero; altri ancora durante il viaggio di ritorno in Italia, sicchè di questi alcuni sostarono addirittura nel Manicomio di Napoli o in quello di Messina; ed altri finalmente non diedero segni evidenti di alienazione mentale se non dopo giunti a casa. Insomma lo scoppio della malattia mentale in questi 56 individui si è verificato nelle più opportune condizioni cronologiche perchè fra pazzia ed emigrazione vi si potesse scorgere qualche nesso, come fra effetto e causa.

Ed è perciò che ho voluto escludere dal novero, a bella posta, quei casi, invero ben pochi, in cui la pazzia si è manifestata molto prima o molto dopo l'emigrazione, nei quali casi qualunque importanza data al fattore *emigrazione* sarebbe stata di un molto relativo

valore. Credo solo degno di nota riferire qui, come oltre ai 56 emigrati impazziti durante o subito dopo l'emigrazione figurano fra le storie dei ricoverati nell'ultimo sessennio, undici casi di recidive in seguito all'emigrazione: malgrado disgraziatamente la maggior parte delle malattie mentali recidivino con molta facilità, pure sono fermamente convinto, per quello che più in avanti andrò esponendo, che in questi casi la recidiva è da incolparsi unicamente, senza dubbio alcuno, all'emigrazione.

Non ho voluto poi occuparmi delle donne per diverse ragioni.

Anzitutto raramente gli emigranti dalla nostra Provincia conducono seco le donne, sicchè esse figurano in piccolo numero nel movimento migratorio ed in numero ancor più esiguo fra le storie cliniche delle alienate. D'altra parte, se per un verso le donne che emigrano seguono d'ordinario macchinalmente, per così dire, i loro mariti, sicchè sino ad un certo punto per esse emigrare o no è l'istessa cosa, per un altro verso esse sono meno esposte alla pazzia oltre che per il tenore di vita sempre uniforme, ancora per la loro indole morale, le occupazioni domestiche e le incombenze materne. Farebbe un'eccezione, nel senso che sarebbe un bell'argomento di studio, la donna che emigra per vendersi, ma mi mancano i dati per riguardare da un punto di vista tanto interessante una quistione di sì alta importanza sociale qual'è l'emigrazione.

E poichè mi trovo a parlare del sesso gentile, non voglio passar sotto silenzio un'altra osservazione. Se è vero da una parte che nelle tabelle nosologiche delle nostre alienate, poche, ben poche donne figurano come precedentemente emigrate, tanto poche che ho creduto non doverne tener conto, è bensì vero, d'altra parte che sono numerose (una ventina all'incirca nello spazio di 5-6 anni) quelle che impazzirono dopo l'emigrazione dei loro mariti. Io non sarei lungi dal vedere in questa circostanza la causa prima, efficiente, della loro psicopatia, ma pur non osando fare recise asserzioni, trovo però indiscutibile che l'emigrazione dei mariti, colle sue svariate conseguenze, ne sia stata indubbiamente una delle cause principali. Al solo dare una scorsa alle singole tabelle nosologiche di queste inferme si prova una stretta al cuore! Sono delle misere contadine, povere di spirito ed intellettualmente molto scarse, incapaci, perchè non abituate, a dare un passo senza l'uomo (padre, fratello, marito che sia), le quali si trovano d'un tratto sole al mondo, il più delle volte con una famigliuola sulle spalle, senza risorse, senza vie di scampo. La par-

tenza dei loro mariti segna il principio della loro odissea. Per alcune, oneste e caatigate fino al sacrifizio, pur soffrendo tremendamente dal punto di vista sessuale la lontananza dei mariti, sono le sfrenate insistenze lussuriose degli scostumati (diventate ormai di moda!) e le ciarle del vicinato che le avviliscono e le prostrano; per altre, più libertine o più deboli, è la paura che il marito alla prima notizia accorra a troncare tragicamente l'idillio, ed il rimorso insieme di aver disonorato una famiglia ed avvelenata un'esistenza, che le fa palpitare e spasimare; per altre ancora (sono invero ben poche) è il triste presentimento che il marito le abbia abbandonate, se non ricevono denaro, o che gli sia incolta qualche disgrazia, se la lettera tarda a venire, che le fa stare in ansia continua; per altre ancora son le centinaja di lire che arrivano a bizzeffe (esse, che non hanno mai saputo, prima d'allora, distinguere la carta da cinque lire da quella da dieci!) che te le fanno creder ricche ad un tratto, per cui si abbandonano al lusso, a spese pazze o per lo meno esagerate: spegne questo entusiasmo frenetico l'incubo che al non lontano ritorno il marito chieda severo conto del denaro che a lui è costato tanto sacrifizio; per altre infine, sono gli artigli delle suocere tradizionalmente maligne, che afferrano per i capelli le disgraziate e te le inchiodano spietatamente con un controllo continuo, severo, ostinato, implacabile. . . . .

Tutte queste misere insomma si trovano in continua alternativa di emozioni tristi e liete, lugubri e giulive che vanno dal martirio alla speranza, dalla miseria alla ricchezza, dalla disperazione alla disperazione passando attraverso della felicità, della vita spensierata e comoda goduta sia pure per un istante.

È una sequela di gravi e disparati patemi d'animo, nei quali v'è quanto basti perchè il cervello di una donna perda l'equilibrio delle sue funzioni.

Vi sono fra queste folli delle degenerate, sulle quali pesa implacabile la labe ereditaria più o meno grave: delle predisposte, insomma; ma ve ne sono di quelle che si trovano nelle più opportune condizioni anamnestiche ed antropologiche per essere dichiarate normali dall'alienista: per le prime l'emigrazione dei mariti colle sue conseguenze sarà stata la causa occasionale della pazzia, ma per le seconde, senza dubbio, è stata la causa efficiente.

Ma mi son lasciato sedurre un pò troppo dall'argomento femminile e torno ai 56 folli, incominciando col dare uno sguardo agli sva-

riati quadri clinici che hanno presentato al momento del loro internamento nell' Istituto.

Caso I. — *O. Ignazio* da S., di a. 28, calzolajo, celibe. Fu in America, insieme col padre, tre anni or sono. Quando il padre volle ritornare, il figlio ne provò vivo dolore e vi si oppose con mille strani pretesti: tuttavia ritornò ma giunto in paese visse, qualche mese, in continui litigi colla famiglia, distratto, insolente, incontentabile, minaccioso sempre. Un giorno tentò uccidere il padre, ma fu arrestato e qui condotto. Entra il 27 agosto 1897 in uno stato di notevole confusione mentale, allucinato, scambia le persone, non ricorda di aver tentato di uccidere il padre, crede di esser qui, in convento, per passeggiare e per guarire il mondo. Inerte, tetro, di rado impulsivo. Diagnosi: Demenza primitiva.

Cranio dolicocefalo, con accentuata plagiocefalia frontale sinistra, fronte sfuggente, sopracciglia unite, naso affilato e deviato a sinistra, baffi corti e radi, orecchio ad ansa con tubercolo di Darwin. Due fratelli della madre furono forti bevitori ed uno epilettico.

Caso II. — *R. Michele* da L. di a. 40, sellajo, ammogliato. Entra il il 25 gennajo 1898 - Non si sa altro di lui se non che è stato parecchi anni nell' America del sud e che la sua malattia è di vecchia data. Il R. è continuamente allucinato, parla e borbotta da solo giornate intiere, crede d' essere un povero disgraziato, un povero orfano senza nessuno aiuto e ha vaghe idee deliranti di persecuzione. È disordinato, irrequieto, confuso, disorientato , ma buono e tranquillo.

Diagosi: Demenza primitiva.

Cranio brachicefalo, orecchio ad ansa. Ereditá sconosciuta.

Caso III. — *C. Benedetto*, da P., di a. 28, contadino, celibe. Fu sempre in buona salute, ben educato e buon lavoratore , ma un pó dedito al vino e alle donne. Da un anno tornato dall' America fu in continua guerra, fin dai primi giorni del suo ritorno, colla famiglia perchè credeva di essere avvelenato dalle sorelle mediante i cibi. Avendo tentato di ammazzarle, fu arrestato e condotto al Manicomio il 24 ottobre 1898. L' infermo è in preda a continue e vivacissime allucinazioni visive ed uditive : vede e sente giorno e notte una quantità di donne che ha conosciuto in America, le quali lo deridono e lo straziano in tutti i modi. Vive isolato, lucido, orientato, tranquillo. Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Nessuna nota degenerativa importante - Vistosa eredità psicopatica ascendente e collaterale.

Caso IV — *S. Carlo* da N. di a. 36, calzolaio, coniugato - L'infermo tornava 6 mesi fa dall'Egitto, dove trovavasi da più di 2 anni, ma avendo dato segno di pazzia durante la traversata, fu ricoverato, a Napoli, nel Sales. Viene qui trasferito il 31 luglio 1899. È in preda a continue allucinazioni specialmente acustiche: di giorno ode voci dietro le spalle, di notte sotto i cuscini: se queste voci gli susurrano che lui dovrebbe essere il vero Re d'Italia, l'infermo è contento, soddisfatto e tranquillo; se invece gli dicono *cose cattive* diventa irrequieto, si agita, ma resta sempre innocuo. Deficiente nel giudizio critico, indifferente all'ambiente, incosciente del proprio stato, è nel resto lucido, orientato, manieroso e servizievole.

Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Nessun carattere degenerativo degno di nota — Eredità sconosciuta.

Caso V. — *P. Pasquale* da B., di a. 28, calzolajo, celibe. Fu sei anni nell'America del Sud, dei quali due in Manicomio. Ritornato, poichè minacciava continuamente la madre affermando non esser quella la sua vera madre, fu qui ricoverato il 26 gennajo 1900. Si crede risuscitato, scambia le persone e crede che i suoi compagni di sventura siano suoi vecchi amici conosciuti in America, morti e risuscitati e qui trasportati dal vento. Fa tutto il giorno e buona parte della notte discorsi sconnessi con persone di sua vecchia amicizia che vengono a trovarlo — Incosciente del proprio stato, disorientato, indifferente all'ambiente, è ed è sempre stato buono e tranquillo.

Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Cranio dolicocefalo con plagiocefalia frontale sinistra; plagioprosopia sinistra; naso irregolare, deviato a sinistra, orecchio leggiermente ad ansa. Eredità negativa.

Caso VI — *C. Michele* da P. di a. 47, contadino, coniugato. Fu sempre un buon lavoratore onesto e religioso per quanto un pò dedito al vino. Tornato da circa tre mesi dall'America con discreto peculio, si dimostrò svogliato al lavoro e proclive al giuoco, al lusso, al mangiar bene e ricercato, per cui ben presto si trovò al verde. Non avendo trovato credito per ritornare in America, divenne a poco a poco insonne e cadde in uno stato depressivo allarmante; parlava monotonamente dei suoi guai, della sua rovina, vagava dì e notte pel paese; avendo reclamato dal sindaco un pò troppo vivacemente il pagamento di certa somma che questi immaginariamente gli doveva, fu condotto in Manicomio il 26 ottobre 1900. L'infermo appare molto confuso, in notevole disordine mentale, con vaghe idee di

rovina: è sudicio, inerte, incosciente — Dopo pochi mesi si rimette completamente e ne esce guarito.

Diagnosi: Amenza.

Nessuna nota degenerativa importante — Ereditá sconosciuta.

Caso VII. — *P. Gregorio* da G., di a. 29, contadino, celibe. Fu sempre in buona salute ma non fu mai uno stinco di santo. Sette mesi or sono tornò dall' America già impazzito: in preda a continue allucinazioni era sempre in litigi nella famiglia e fuori, ma avendo una diecina di giorni incominciato a mostrarsi impulsivo e violento, venne condotto in Manicomio. Ammesso il 27 giugno 1901. É in preda a continui disturbi sensoriali: or son gli uccelli che l' assalgono per portargli via il cibo dallo stomaco, or delle voci, or delle persone che impongono di lacerare o d' avventarsi contro il primo che incontra· di fatti è il più arrabbiato laceratore ed ha degli scatti impulsivi violentissimi.

Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Cranio dolicocefalo con plagiocefalia, e clinocefalia, angolo mascellare ampio con sviluppo dell' apofisi lemuriana, orecchie ad ansa con tubercolo darwiniano. Ampia eredità psicopatica: la madre paranoica ed un cugino demente.

Caso VIII. — *M Vincenzo* da P. di anni 42, calzolajo, ammogliato. Fu sempre in buona salute, ma un pò dedito al vino. Andó in America 6 anni or sono, vi fece discreta fortuna ma menó vita dissipata fra continui stravizzi. Tornato ciò malgrado con una buona sommetta continuò ad ubbriacarsi, senza punto lavorare. Avendo dato segni di alienazione mentale fu internato nel Manicomio il 12 Maggio 1902. Presenta svariati disturbi sensoriali, insonnia, agitazioni, tremori.

Diagnosi: Psicosi alcoolica.

Nessuna stimmata degenerativa degna di nota — Un fratello é demente paralitico.

Caso IX — *M. Rosario* da P. di a. 47, calzolajo, ammogliato. Pare abbia contratto la sifilide verso il 30.° anno di età - Due anni e mezzo fa andó in America e ne ritornó cinque mesi or sono perchè da più tempo si era accorto di un certo malessere che gli serpeggiava nel corpo. Di fatti mal si reggeva in gambe, la parola era inceppata, e spendeva il denaro portato dall' America in spese pazze ed inconsulte credendosi ricchissimo, possessore di valle piene d' oro, ecc. Condotto in Manicomio il 23 Maggio 1902 nello stato suddetto, le sue condizioni si andarono rapidamente aggravando, il delirio divenne caotico, la disartria si accentuò, e frequentemente soffriva di attacchi apoplettiformi. Pupille rigide e disuguali, con

trazioni fibrillari estese e continue specialmente nei muscoli del viso e alla lingua, riflessi scomparsi.

Diagnosi: Demenza paralitica.

Nessun carattere degenerativo importante - Un fratello fu pazzo.

Caso X. — *S. Gregorio* da P. di a. 50 contadino, vedovo - Fu sempre in buona salute e buon lavoratore. Andò in America tre anni fa e ne ritornò or son venti giorni in grave stato di squilibrio mentale. Il 4 settembre 1902 vien condotto in Manicomio come pericoloso. Invecchiato più che non lo comporta la sua età, l' infermo è confuso, disordinato, disorientato, incosciente ed ha vaghe idee deliranti: si crede Iddio, imperatore, capo di vaste associazioni, ricco ad oltranza, ecc.

Diagnosi: Demenza senile.

Nessuna stimmata degenerativa degna di nota - Eredità negativa.

Caso XI — *A. Antonio* da N. di a. 45, contadino, coniugato. Ottimo lavoratore, sempre sano: andò 7 anni fa in America, dove impazzì e stette ricoverato in un manicomio per 3 anni. Dimessone ritornó subito in patria, ma non era ancora giunto in paese che già si dovette nuovamente pensare ad internarlo nel Manicomio e fu qui ricoverato il 4 ottobre 1902 in preda a violento disordine motorio e psichico. L' infermo passa dal pianto al riso, senza causa apparente, da un istante all' altro; cambia di posto ogni momento, va su e giú: urla e tace di botto: confuso, disorientato, incosciente del proprio stato, incontentabile, laceratore, di quando in quando impulsivo.

Diagnosi: Stato maniaco.

Nessuna nota degenerativa importante - Eredità negativa.

Caso XII. *M. Vittorio* da M. di a. 41, calzolajo, ammogliato. Strenuo lavoratore, abusò sempre di vino e di donne, a 18 anni si contagiò di sifilide. Tre anni or sono andò in America ove fece fortuna, ma ne ritornò qualche mese fa fortemente insospettito della fedeltà della moglie: avvennero in casa scenate violentissime. Avendo peró un giorno scagliato una quantità di sassi da sulla soglia di casa sua contro ogni passante, fu qui condotto il 14 ottobre 1902. Melanconico, a volte impulsivo, crede di essere Vittorio Emmanuele II. Se gli si ricorda la moglie, spiega come ognuno del paese la desiderava più che per altro, per la posizione del marito, e soggiunge: " ma non si puó far le c... a me, impunemente. ,,

Diagnosi: Paranoja (Delirio di gelosia).

Caso XIII. *A. Giuseppe* da M. di a. 55, calzolajo, vedovo. Fu sempre in buona salute, nè mai abusò di alcool od altro. Andò in America,

ma non avendo trovato fortuna dopo un anno di peripezie raggranellò appena una sommetta per il ritorno. Durante il viaggio diede segni di alienazione mentale per cui, a Napoli, si dové ricoverarlo al Sales, dal quale fu qui trasferito il 13 dicembre 1902. L'infermo ha un contegno ostile, intrattabile, sospettoso: é tutto il giorno intento a raccogliere voci minacciose alle quali reagisce gridando parole stereotipate: " rinforzo! aiuto! ,, — Di rado risponde adeguatamente a qualche domanda; è indifferente a tutto.

Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Nessuna nota degenerativa importante. Eredità negativa.

Caso XIV. *S. Michelangelo* da Gizzeria, di a. 24, merciajo, celibe. Figlio di ignoti, solo al mondo, faceva il merciaio ambulante, ma stanco del suo mestiere e non accolto sotto le armi per la sua gracile costituzione, trovò il modo di recarsi in America. Qui fece fortuna, ma un amoruccio platonico l'attirò subito in patria. Appena giunto in paese fu colto da lieve febbre probabilmente di natura gastro-enterica, rimessosi dalla quale in pochi giorni, attentò alla sua vita. Raccolto in istato di confusione mentale fu condotto al Manicomio il 6 marzo 1903 — Crede di esser destinato a morire subito, nella notte forse, ed implora con piati e lamentazioni inenarrabili di esser guarito: si lagna di poco appetito, mentre mangia formidabilmente ed è preoccupato della sua deficientissima nutrizione a causa di una sfrenata diarrea (che non esiste).

Diagnosi: Psicosi nevrastenica.

Nessun carattere degenerativo importante. Eredità sconosciuta (bastardo).

Caso XV. *T. Vincenzo* da N. di a. 33, contadino, ammogliato. L'infermo è tornato da una ventina di giorni dall'America del Nord. Entra il 23 maggio 1903 in grande disordine motorio e psichico: scambia le persone, parla continuamente con voce afona saltando di palo in frasca, disattento, non sta un momento fermo; manesco, ma non impulsivo, minaccia, ride, scappa. Incosciente del proprio stato, ma abbastanza orientato è insonne e si nutre poco.

Diagnosi: Stato maniaco.

Nessuna nota degenerativa importante. Eredità negativa.

Caso XVI. — *C. Venanzio* di A. di a. 19, calzolaio, celibe. Si recava nell'America del Nord in cerca di lavoro, ma durante il viaggio per il dubbio di esser respinto da quelle Autorità per la mancanza di una persona che l'accompagnasse, diè tali segni di alienazione mentale che gli fu impedito lo sbarco e venne perciò restituito in patria. Dalla fa-

miglia recatasi a Napoli ad incontrarlo, fu qui condotto il 15 giugno 1903. L'infermo è in istato di grave confusione mentale, disorientato, incosciente, non risponde alle domande, con contegno stuporoso, sudicio. Si nutre a stento.

Diagnosi: Amenza.

Caratteri degenerativi assenti. — Ampia eredità psicopatica ascendente.

Caso XVII. — *S. Salvatore* da S. di a. 19, contadino, celibe. Si recava in America insieme col fratello maggiore, ma durante i primi giorni del viaggio divenne irrequieto ed allucinato e, per poco, non uccise un bambino figlio di un altro emigrante. Sbarcato a Marsiglia fu ricondotto in patria dal fratello e quindi in Manicomio il 4 luglio 1903. Abbastanza confuso, risponde poco ed illogicamente alle domande, spesso allucinato, qualche volta impulsivo, abulico, inerte, sudicio sempre.

Diagnosi: Demenza precoce.

Nessuna nota degenerativa importante. Eredità sconosciuta.

Caso XVIII. — *L. Giuseppe* da N. di a. 40, contadino, celibe. Non si hanno che scarse notizie di questo infermo. Or sono 16 anni, si recò in America, ove impazzì quasi subito e fu rinchiuso in un manicomio. Un fratello colà dimorante si decise finalmente di prenderlo su di sè, per ricondurlo a casa, ma ben presto la famiglia si accorse di non poterlo custodire ed assistere e fu qui condotto il 30 agosto 1903. L'infermo è un profondo demente.

Diagnosi: Demenza primitiva (?)

Cranio voluminoso, a tipo dolicocefalo, occipite alto e molto largo, fronte ristretta, orecchio ad ansa, naso deviato a sinistra. Eredità sconosciuta.

Caso XIX. *P. Felice* da S. di a. 40, contadino ammogliato. Fu sempre un buon uomo, onesto e laborioso. Andò in America ma ne tornò dopo pochi mesi e cominciò a maltrattare la moglie, credendosi tradito, e la vecchia madre, credendola complice della supposta adultera. Esigeva ogni sera di fare una minuziosa *visita* alla moglie per accertarsi se e quanti passeggieri erano stati ospitati nel giorno, e guai se la disgraziata protestava. Di quando in quando aveva degli impulsi violenti contro innocenti passanti temendo che attentassero al suo onore. Era sempre irrequieto, insonne, agitato. Fu perciò condotto al manicomio il 6 marzo 1904. Quì continua nell'odio contro la moglie, dice di aver prove sicure della di lei

infedeltà, riconosce in ogni compagno di sventura un ganzo della moglie, è sempre irrequieto, ma finora non è mai stato impulsivo.

Diagnosi: Paranoia (Delirio di gelosia).

Nessuna nota degenerativa importante. Il nonno fu pazzo.

Caso XX. *C. Raffaele* da C. di a. 23, calzolajo, celibe. Poco più di un anno fa si recò in America, dove, dopo pochi mesi, scoppiò l'attuale psicopatia. Rimpatriato, accentuandosi in lui i fenomeni morbosi, la famiglia si vide costretta di rinchiuderlo in manicomio dove fu accolto il 7 marzo 1904. L'acutezza e la rapidità percettiva sono in lui notevolmente ridotte, risponde automaticamente alle domande rivoltegli con contenuto ideativo diverso ed assurdo, presenta un profondo disordine associativo con logorrea, ecolalia, ecoprassia e confusione mentale assoluta; compie movimenti disordinati ed assurdi, incosciente, disorientato, non impulsivo.

Diagnosi: Amenza.

Cranio subdolicocefalo con lieve plagiocefalia occipitale sinistra — Eredità ascendente negativa ; ha però un fratello pazzo.

Caso XXI. *G. Gaetano* da S. di a. 44, contadino, celibe. Fu sempre in buona salute nè commise mai abusi di sorta. Andato in America sei anni or sono, ne tornò epilettico. Le convulsioni, puramente motorie, si ripetevano spesso. Un giorno vedendo uscire da una chiesa una processione, vi si immischiò, tenendo in mano un' accetta e gridando: " Dio, li santi ! Dio, li santi ! ,,. Avvenne un gran panico, l' infelice fu arrestato e il 27 Aprile 904 qui condotto come pericolosissimo. Qui é invece uno dei migliori ospiti: ha di quando in quando dei veri accessi convulsivi, qualche volta sostituiti da insignificanti equivalenti psichici, aiuta il personale nella pulizia dei locali ed è indifferente all' ambiente e alla vita. Quando poi ha finito i servizi che gli si affidano si pone in ginocchio preferibilmente in faccia al sole, giunge le mani, china il capo e prega, prega per delle ore, delle mezze giornate.

Diagnosi: Epilessia con idee deliranti a contenuto religioso.

Nessun carattere degenerativo degno di nota — Eredità negativa.

Caso XXII. *M. Giuseppe* da S. di a. 39, contadino, ammogliato. Nulla si sa dei suoi precedenti. Viene trasferito li 20 maggio 904 nel nostro Istituto dall' ,, Asile St. — Amédée a Mortsel-lez Anvers " (Belgio): la relazione che l' accompagna lo dice affetto da psicosi maniaco-depressiva. L' infermo diede segno di alienazione mentale in America, dove si trovava da pochi mesi: fu colà ricoverato in un manicomio di Filadelfia, e, rimessosi, partì per rimpatriare: durante il viaggio subì un nuovo accesso per cui dovette sostare nel suddetto asilo. Nel nostro manicomio

l'infermo arriva in condizioni normali nè diede segni di pazzia per lungo tempo, sicchè fu dimesso, né finora é più rientrato.

Caratteri degenerativi assenti. Pare che il padre ed uno zio siano stati pazzi.

Caso XXIII. *F. Angelo.* da C. di a. 40, contadino, celibe. Infaticabile lavoratore e discreto bevitore ebbe a soffrire a 30 anni delle convulsioni epilettiche che non gli impedirono però di recarsi più tardi nell'America del Sud, ove il suo male andò gradatamente crescendo insieme con disturbi psichici notevoli. Rimpatriato per mezzo del R°. Console Italiano di S. Paolo (Brasile), fu condotto nel nostro Istituto il 2 giugno 904. Confuso, allucinato, disorientato, incosciente, loquacissimo é innocuo nei periodi intervallari, ma durante gli accessi convulsivi, quasi sempre preceduti o seguiti da maggiori perturbamenti psichici ha degli scatti che, data la sua atletica corporatura, mettono i brividi.

Diagnosi: Frenosi epilettica.

Nessuna nota degenerativa importante — Eredità negativa.

Caso XXIV. *P. Augusto*, da M. di a. 22, calzolajo, celibe. Buon giovine per quanto un pó vivace ed irrequieto. Un anno e mezzo fa si recò in Egitto (Alessandria) dove divenne piú irrequieto del solito e perciò, dietro consiglio di un sanitario che lo credette un nevrastenico , si decise a rimpatriare. Durante il viaggio diè tall segni di alienazione mentale che lo si fece sbarcare a Messina dove fu ricoverato nel Manicomio Mandalari, dal quale ora proviene (14 giugno 904). L'infermo ha percezioni erronee e disordinate, associazione ideativa illogica, attenzione deficientissima, logorrea disordinata ed assurda, ride facilmente, incosciente del proprio stato ma abbastanza orientato.

Diagnosi: Stato maniaco.

Presenta plagiocefalia e plagioprosapia sinistra, lieve grado di scafocefalia, zigomi sporgenti, orecchie grandi, lievemente ad ansa. Eredità negativa.

Caso XXV. *B. Domenico* da S. V. di a. 60, falegname, coniugato. Fu sempre in buona salute, buon lavoratore, ma abusò di vino. Tre anni fa andó in America e ne tornò due mesi fa già cambiato nel contegno: man mano divenne disordinato nelle idee, illogico nel discorso, ostile senza ragione verso i figli. Fu ricoverato in Manicomio il 5 luglio 904: risponde a qualunque domanda colle istesse frasi e colle istesse parole,

scarsa e ridotta l'associazione ideativa e del pari la memoria, l'attenzione, l'affettività; incosciente, disorientato, abulico, inerte, tranquillo.

Diagnosi: Demenza senile.

Nessun carattere degenerativo importante. Eredità negativa.

Caso XXVI. — *R. Pietro*, da M. di a. 56, contadino, celibe. Ritornato da poco dall'America diede quasi subito segni di alienazione mentale e, avendo tentato il suicidio, venne qui condotto il 22 luglio 1904. Si lamenta di una quantità enorme di dolori immaginari e stempera in un mare di parole le fatue concezioni della sua mente: non ha appetito, è malato di cuore, di stomaco, di reni, di vescica; si lamenta di tutto e di tutti. Nojoso, espone al medico una serie di conoscenze anatomiche meravigliosamente fantastiche e implora che venga visitato bene se non si vuole la sua morte.

Diagnosi: Psicosi neurastenica.

Nessun carattere degenerativo degno di attenzione — Eredità negativa.

Caso XXVII. — *T. Felice* da S. P. di a. 29, sarto, celibe. Emigrò 5 anni fa in America e dopo circa un anno di dimora colà, senza cause apparenti fu assalito da frequenti convulsioni epilettiche. Ne ritornò un anno fa, ma solo da un paio di mesi, essendosi le convulsioni rese più gravi per intensità, durata e frequenza, ha mostrato disturbi psichici, per cui il 21 ottobre 1904 viene ricoverato in Manicomio. Gli accessi, in vero frequenti ed intensi, sono spesso preceduti o seguiti da confusione mentale con agitazione intensa e impulsività: dopo ogni accesso il paziente accusa alla metà destra del corpo svariate parestesie e il braccio destro resta per delle ore paretico.

Diagnosi: Psicosi epilettica.

Note degenerative assenti — Eredità negativa.

Caso XXVIII. — *V. Francesco* da C. di a. 34, stagnino, ammogliato. Or son cinque anni si recò nell'America del Sud, da qui a Filadelfia indi a Boston, poi a Tunisi, dove diede i primi segni di alienazione mentale. Rimessosi, rimpatriò, ma dopo qualche settimana appena ricadde nello stato primiero e il 14 gennajo 1905 fu condotto al manicomio. A volte conosce e distingue le persone, a volte no, perchè posseduto da una serie di rappresentazioni deliranti tumultuose e sconnesse: mentre prega il medico che lo guarisca nel corpo, si rivolge a Dio perchè lo risparmi dai castighi eterni. È in continua verbigerazione caotica, disorientato, incosciente del proprio stato.

Diagnosi: Stato maniaco.

Nessuna nota degenerativa importante — Eredità negativa.

Caso XXIX. — *A. Tito* da S. di a. 28, fabbro, celibe. Fu sempre in buona salute nè fece mai abusi di sorta. Il paziente andò in America nel 1900 ove pare siasi contagiato di sifilide, e ne tornò verso la fine del 1904, perchè, come lo stesso ebbe ad asserire, si sentiva debole e spossato. Il suo stato morboso andò intanto crescendo e il 7 marzo 1905 fu condotto al Manicomio. L' infermo ha frequenti attacchi convulsivi, impossibilità di deambulazione, disorientamento, vaghe idee deliranti, disartria, tremori e contrazioni fibrillari alla lingua, disuguaglianza e rigidità pupillare.

Diagnosi: Demenza paralitica.

Nessuna nota degenerativa importante — Eredità negativa.

Caso XXX. — *B. Carmine* da M. di a. 43, contadino, ammogliato. Fu sempre in buona salute, sobrio e buon lavoratore. Andò in America otto anni fa ove fu colto da convulsioni epilettiche che man mano andarono sempre facendosi più intense e più frequenti. Costretto perciò a rimpatriare, più d' una volta in paese apparve confuso ed agitato dietro le solite convulsioni, finchè diventato addirittura impulsivo non si vide la necessità di ricoverarlo in Manicomio, dove fu ammesso il 15 marzo 1905. Ha frequenti accessi convulsivi, spesso preceduti o seguiti da svariati disturbi psichici, qualche volta sostituiti da veri equivalenti psichici durante i quali è impulsivo e feroce.

Diagnosi: Frenosi epilettica.

Nessun carattere degenerativo degno di attenzione. Eredità sconosciuta.

Caso XXXI. — *D. Antonio* da S. di a. 30, contadino celibe. Ritornato da un paio di mesi dall'America, la famiglia lo mandò all' Ospedale civile di Catanzaro, per farlo curare da certi suoi disturbi: dall'ospedale fu qui tradotto il 13 aprile 1905. L' infermo presenta vaghe idee deliranti di grandezza, apatico, abulico, incosciente, disorientato — Parla poco e a stento, riflessi rotulei aboliti, rigide e disuguali le pupille, contrazioni fibrillari alla lingua e all' orbicolare delle palpebre —

Diagnosi: Demenza paralitica.

Nessuna nota degenerativa importante - Ereditá negativa.

Caso XXXII. — *C. Ferdinando*, da T. di a. 27, contadino, celibe. Fu sempre un giovine irrequieto, vivace, e dissubbidiente ai genitori, poco amante del lavoro. Tornato da poco dall' America con un pó di danaro preferì gestire una bettola anzichè tornare ai campi. Il *C.* fu qui tradotto il 5 luglio 1905 per una perizia sulle sue condizioni di mente, avendo commesso un omicidio per futili motivi. All'infuori di una certa apparente de-

pressione psichica generale, l' infermo non soffre altri disturbi. Dalla perizia il C. risulta un vero criminale simulatore.

Cranio leggermente brachicefalo, stenocrotafia, plagioprosapia sinistra, accentuata, sguardo torvo ed obliquo che contrasta col suo apparente stato depressivo, mandibola ad angolo ottuso, zigomi disuguali, diastemi dentari, ginecomastia, impianto femmineo dei peli del pube.

Eredità negativa.

CASO XXXIII. — *B. Domenico* da I. di a. 40, contadino, ammogliato. Il paziente è tornato da quindici giorni dall' America e viene condotto al Manicomio il 5 luglio 1905 come pericoloso. È in preda a continue, incessanti allucinazioni acustiche e visive: parla, sorride, inveisce giorno e notte contro persone immaginarie: di quando in quando è anche impulsivo.

Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Nessun carattere degenerativo degno di attenzione. Eredità sconosciuta.

CASO XXXIV. — *G. Antonio* da P. di a. 32, falegname, ammogliato. Fu una prima volta in America cinque anni fa e ne ritornò dopo 3 anni con discreta somma di denaro. Emigrò nuovamente sei mesi or sono ma questa volta appena colà giunto, accoratosi per una somma che, secondo lui gli era dovuta e che non potè riscuotere, diede segni di pazzia e fu in manicomio. Dimessone, ritornò in patria, ma appena arrivato si dovette condurlo al manicomio (24 luglio 1905). L' infermo è in grave stato di confusione mentale, disorientato, incosciente, inerte, vacuo, sudicio.

Diagnosi: Amenza.

Nessuna nota degenerativa — Eredità negativa.

CASO XXXV. *R. Vincenzo* da S. S. di a. 19, contadino, celibe — Sei mesi or sono andò in America, ma ne tornò quasi subito impazzito. La sua malattia si manifesta specialmente con violenza contro le persone e tentativi di fuggire, per cui non potendo tollerarsi più oltre in famiglia viene condotto in manicomio il 24 settembre 1905. L' infermo presenta profonda alterazione di tutti i processi mentali, confuso, disorientato, non risponde a nessuna domanda: è in preda a continue allucinazioni, scappa, parla discorsi incomprensibili, gesticola, spesse volte assume delle vere pose catatoniche, più frequentemente in attitudine di ascoltare. Di rado è impulsivo.

Diagnosi: Demenza precoce.

Nessun carattere degenerativo degno di nota. Eredità negativa.

Caso XXXVI. — *P. Domenico* da P. di a. 36, calzolajo ammogliato. Di ritorno dall' America, avendo durante il viaggio dato segni di alienazione mentale, fu sbarcato a Napoli e ricoverato nel Sales. Dimessone e tornato in paese non volle più uscire di casa, nè lavorare. Dopo il terremoto dell' 8 settembre 1905 divenne in pochissimi giorni confuso con sitofobia e panclastia per cui fu d' urgenza ricoverato nel nostro manicomio il 27 dello stesso mese. Entra in istato di notevole depressione, presenta una grande lentezza di tutti i processi psichici, apatico, indifferente, abulico, incosciente, disorientato; sta tutto il giorno in un cantuccio rannicchato su sè stesso, risponde a stento a qualche domanda, mangia di mala voglia e spesso rifiuta recisamente il cibo.

Diagnosi: Stato melanconico.

Nessuna nota degenerativa importante - Eredità negativa.

Caso XXXVII. — *B. Giuseppe* da D. di a. 42, stagnino, celibe. Soffrì da giovine di convulsioni epilettiche per circa tre anni, ma si rimise senza altri strascici potendo attendere efficacemente al suo lavoro. Qualche volta abusava volentieri di vino. Tre anni or sono si recó in America, ne tornò un mese fa, ma invece di andare al suo paese, sí recò in Palermo: fu poscia rimpatriato a mezzo della Questura. Dopo qualche giorno incominciò a manifestare idee deliranti sconnesse, girovagava per il paese non voleva credere che la sorella fosse morta e inveiva perciò contro i suoi parenti. Condotto al manicomio il 29 dicembre 1905 appare un pò confuso, incosciente, silenzioso, in atteggiamento stuporoso: ha frequenti attachi convulsivi che spesso son preceduti da aure emotive con idee deliranti di persecuzione ed atti impulsivi.

Diagnosi: Frenosi epilettica.

Piccolo, magro, fronte sfuggente, zigomi ed arcate orbitarie molto sporgenti, naso a sella, orecchie leggermente ad ansa, fisonomia da mongolo, da idiota. Eredità negativa.

Caso XXXVIII. — *S. Domenico* da G. di a. 38, contadino, ammogliato. Nel novembre scorso s recò a New-York. ma colà giunto gli fu vietato lo sbarco non si sa per quale ragione. Tornato in patria cominció dapprima col mostarsi svogliato al lavoro, in seguito non volle uscire di casa, mangiava e parlava poco: da pochi giorni in qua si mostrò confuso, violento e rifiutó il cibo - Viene perció ricoverato in Manicomio il 25 febbrajo 1906. L' infermo é accolto in uno stato depressivo estremo; le percezioni, anche elementari sono sospese, non parla, è incosciente, disorien-

tato, abulico, inerte, passa giornate intere all' in piedi contro un muro, si nutre mal volentieri, si lacera spesso gli abiti.

Diagnosi: Stato melanconico.

Cranio dolicocefalo, a segmento posteriore molto sviluppato, fronte sfuggente, naso grosso a lobulo piatto deviato a destra, mento quadro, orecchio sinistro con antelice spianato e fovea navicolare scomparsa. Eredità negativa.

Caso XXXIX. — *M. Pasquale* da S. C. di a. 30, contadino, coniugato. Bambino, soffrì per parecchi anni di lievi e rare convulsioni epilettiche. Andato in America quattro anni fa il male ricomparve, piano piano si fece più intenso e più frequente per cui si vide costretto a rimpatriare. Appena giunto in paese fu d' urgenza qui condotto il 4 marzo 1906 perchè improvvisamente impazzito e resosi pericolosissimo. Qui continuarono gli accessi convulsivi e solo due volte, finora, sono stati sostituiti da veri equivalenti psichici con gravi disordini mentali e tendenze impulsive tremende.

Diagnosi: Psicosi epilettica.

Cranio ellissoide, molto alto, faccia ovoide larghissima in basso per eccessivo sviluppo della mandibola, naso piccolo, diritto a punta molto affilata. Eredità negativa.

Caso XL. — *R. Ferdinando* da S. di a. 37, contadino, ammogliato Tornato da circa un mese dall' America non volle più lavorare, divenne distratto, litigioso, irrequieto: tre giorni fa si mostrò di botto furioso per cui fu qui condotto (6 marzo 1906). L' infermo è in grande disordine motorio e psichico: ride, canta, urla facilmente, spinge o si avventa contro i compagni di sventura e scambia le persone, risponde alle domande con contenuto ideativo diverso, disorientato, incosciente del proprio stato, si nutre poco.

Diagnosi: Stato maniaco.

Plagiocefalia frontale sinistra, orecchie ad ansa, denti diastemateci - Un fratello fu pazzo.

Caso XLI. — *A. Fortunato* da S. di a. 24, contadino ammogliato. Tornato di fresco dall' America ha in pochi giorni messo sossopra la casa, ha costretto la moglie a fuggire per salvare un figlioletto di qualche anno che voleva uccidere, ed avendo inveito contro i suoi concittadini che incontrava, fu qui condotto d'urgenza il 12 marzo 1906. L'infermo è in notevole confusione mentale, disordinato, vittima di allucinazioni a contenuto

vario, disorientato, incosciente della sua personalità, a volte impulsivo, sudicio — Si nutre a stento.

Diagnosi: Demenza primitiva.

Nessun carattere degenerativo degno di nota - Eredità negativa.

Caso XLII. — *A. Antonio* da C. di a. 40, contadino, ammogliato. Fu sempre in buona salute e menò vita seria e laboriosa. Andò in America nel 1902 ove pare si sia contagiato di sifilide. Nel marzo del 1905 per improvvisi attacchi di mania furiosa fu ricoverato in un Manicomio degli Stati Uniti: dimessone, rimpatriò immediatamente e giunse a Napoli: ma durante il viaggio in ferrovia da Napoli al suo paese diè novellamente in escandescenze e potè arrivare a casa per l'intervento pietoso di alcuni compagni di viaggio, anch'essi reduci dell' America, e di paesi vicini al suo. Giunto a casa fu d'urgenza condotto nel nostro manicomio il 20 marzo 906. Il paziente entra in istato di avanzata disgregazione psichica e fisica: confuso, allucinato, disorientato, incosciente con vaghe idee deliranti di persecuzione: assenti tutti i riflessi, deambulazione impossibile, tremori e contrazioni fibrillari in tutta la persona, disartria completa, vaste piaghe da decubito. Ha frequenti attacchi epiletto-apoplettiformi - Morto dopo 30 giorni.

Diagnosi: Demenza paralitica in stadio molto avanzato.

Nessuna nota degenerativa importante. Eredità negativa.

Caso XLIII. — *L. Vincenzo* da F. A. di a. 32, contadino, ammogliato. Da poco tempo emigrato in America insieme col fratello, fu costretto da costui a rimptriare perchè non stava più bene. Tornato a casa con idee di rovina, si chiuse in un mutismo quasi assoluto rifiutando il cibo perchè non aveva come pagarlo: avendo tentato un giorno il suicidio e nella notte di strangolare il figlio, fu qui condotto il 30 maggio 1906. È in istato di notevole depressione, con percezioni più che obbiettivamente lese, soggettivamente sospese, apparentemente disorientato, memoria lacunare, abulico, inerte. Parla poco e si nutre male.

Diagnosi: Stato melanconico.

Caratteri degenerativi importanti, assenti. Eredità negativa.

Caso XLIV. – *A. Francesco* da C. di a. 67 contadino, ammogliato. Andato parecchi anni fa in America vi contrasse una tresca che gli costò amari disinganni per dimenticare i quali si abbandonava alle orgie e agli stravizzi, lavorando nei giorni di lavoro più che non lo permettesse la sua età, per quanto di fibra forte e resistente. Fu un suo figliuolo che andò a trovarlo e lo persuase a tornare in patria, ma giunto a casa commise tali stranezze e si rese talmente insopportabile che fu condotto in Manicomio il 19 giugno 1906. È depresso, confuso, allucinato, con allucinazioni

specialmente a contenuto mistico, con vaghe idee deliranti di grandezza, abulico, inerte, disorientato.

Diagnosi: Demenza senile.

Nessuna nota degenerativa importante. Eredità negativa.

Caso XLV. — C. *Michelangelo* da N. di a. 31, sarto, celibe. Da un paio di mesi è tornato dall'America già impazzito, ma da soli pochi giorni si è mostrato confuso, impulsivo e sitofobo, per cui vien condotto al Manicomio il 20 luglio 1906. L'infermo è in preda a vive allucinazioni con vaghe idee deliranti di persecuzione, irrequieto, loquace, turpiloque, disorientato, incosciente. Si nutre a stento, ha un atteggiamento da frenastenico.

Diagnosi: Demenza primitiva.

Cranio dolicocefalo, cuboide, angoloso piccolo e stretto, naso affilato molto lungo, mento anch'esso lungo, ad angolo acuto, orecchio ad ansa. Un fratello maggiore fu pazzo.

Caso XLVI — D. *Alfonso* da C. di a. 28, contadino celibe. Giovine buono e laborioso, emigrò tre anni or sono in America, dove unitosi a cattivi compagni menò vita strapazzata: non si sa come e perchè venne un giorno a questioni con un prete e d'allora in poi concepì un odio terribile contro questa casta. Tornato in patria da appena qualche mese si applicò subito al lavoro, ma dopo pochi giorni incominciò a dirsi stregato dai preti: un giorno, sentendosi invaso dai preti, corse a casa, e con una rivoltella cominciò a sparare, fortunatamente in aria, a casaccio. Condotto d'urgenza al Manicomio il 5 agosto 1905 l'infermo, abbastanza depresso, è in preda a strazianti disturbi sensoriali perchè non vi è parte del suo corpo in cui non sente la presenza di un prete che lo molesta in mille modi. Irrequieto, insonne, sitofobo.

Diagnosi: Frenosi sensoriale.

Nessuna nota degenerativa importante - Eredità negativa.

Caso XLVII. — C. *Salvatore* da S. di a. 30, contadino, ammogliato. Andò in America tre anni or sono e fu rimpatriato un mese fa per ordine del R. Consolato Italiano in S. Paolo (Brasile), perchè si mostrava pericoloso ed impulsivo. Giunto appena in famiglia viene condotto in manicomio il 26 agosto 1905. Confuso, disorientato, abulico, inerte, silenzioso non risponde alle domande se non a monosillabi il più delle volte a casaccio, di quando in quando impulsivo ed irrequieto, manifestamente ubbidendo a vivaci allucinazioni.

Diagnosi: Demenza primitiva.

Plagiocefalia parieto - occipitale sinistra, viso fortemente asimmetrico,

storto, guancie gonfie, grosse, naso piccolo, camuso, occhi piccini ed infossati. Eredità negativa.

Caso XLVIII. — *C. Domenico* da C. di a. 21, contadino, celibe. Emigrato da poco in America, fu ricoverato colà per un mese in un Manicomio di New York; poscia, dimessone, rimpatriò subito. A casa stette bene per altro poco tempo; poi, in seguito a leggiera febbre probabilmente di origine intestinale divenne confuso, tenea discorsi sconnessi, rifiutava il cibo, per cui fu qui ricoverato l' 11 settembre 1906. È notevolmente confuso, incosciente, disorientato, non risponde alle domande o borbotta parole incomprensibili; atteggiamento stuporoso.

Diagnosi: Amenza.

Lieve grado di stenocrotafia, zigomi sporgenti. Eredità negativa.

Caso XLIX. — *C. Francesco* da C. di a. 30, contadino celibe. Emigrato in America, vi impazzì dopo poco tempo e fu colà in Manicomio. Rimpatriato, diede durante il viaggio nuovamente segni di pazzia per cui sbarcato a Napoli, fu ivi ricoverato nel Sales. Rimessosi tornò a casa, ma dopo qualche mese il 25 novembre 1906 fu qui condotto perchè di nuovo impazzito. Fannullone, inerte, indifferente a tutto, deficientissimo nel giudizio critico e un pò disordinato nell'associazione ideativa, va soggetto, specialmente la notte, ad allucinazioni terrifiche durante le quali diviene irrequietissimo ed impulvo.

Diagnosi: Demenza primitiva.

Acrocefalia specialmente occipitale, viso asimmetrico, naso grosso deviato a sinistra. Eredità ascendente negativa: ha però un fratello pazzo.

Caso L. — *P. Gaetano* da C. di a. 38, muratore, ammogliato. Nel 1902 si recò con tutta la famiglia in America, ma dopo due anni impazzì e fu ricoverato in manicomio. Approfittando di un periodo di remissione la moglie lo cotrinse a rimpatriare, ma ben presto la disgraziata si vide costretta di nuovo a rinchiuderlo e lo condusse il 4 dicembre 1906 nel nostro Manicomio - Sconnesso nel discorso, con idee grandiose e incostanti amnesie, l'infermo presenta difficoltà di andatura, tremori diffusi, disartria, abolizione dei riflessi, ineguaglianza pupillare - Pare possa escludersi la sifilide.

Diagnosi: Demenza aralitica.

Caratteri degenerativi assenti - Eredità negativa.

Caso LI. — *B. Vincenzo* da G. di a. 30, contadino, vedovo. Tornato dall' America nell' ottobre scorso uccise la moglie in preda a delirio di gelosia non senza aver fatto nei primi giorni delle scenate violenti colla stessa e con i fratellli di lei. Condotto in manicomio il 28 dicembre 1906 calmo e tran-

quillo, non si mostra pentito del delitto e si dichiara pronto a rifarlo: si irrita nervosamente se gli si dice che la moglie era onestissima, a quanto effettivamente pare - Qualche volta, specialmente di notte dà in violenti escandescenze contro nemici immaginari che crede siano i ganzi della moglie scialacquanti il denaro che lui mandava dall' America.

Diagnosi: Paranoja (delirio di gelosia).

Cranio ovalare con notevole altezza del bregma e ristettezza della cupola, orecchie ad ansa, spiccata plagioprosapia sinistra e notevole sviluppo dei massateri; naso piccolo e sottile, mandibola con branche orizzontali molto lunghe - Eredità sconsciuta.

Caso LII. — *G. Francesco* da S. di a. 40, contadino, ammogliato. Soffrì nella prima giovanezza di convulsioni epilettiche per circa tre anni; ma in seguito più nulla. Due anni fa si recò in America e pare che durante il viaggio gli si sia di nuovo presentato il male: giuntovi le convulsioni si andarono accentuando di più per frequenza ed intensità, per cui fu costretto a rimpatriare. In paese si mostrò svogliato al lavoro, irascibile e quando gli si avvicinava l' accesso correva correva per le campagne, senza direzione senza badare a pericoli ed i parenti dovevano corrergli appresso per evitare pericoli. Di rado diventava furioso ed inveiva contro tutti. In Manicomio dove fu accolto il 7 febbrajo 1907 si ripetter̀o gli stessi fatti.

Diagnosi: Psicosi epilettica.

Leggiera plagiocefalia fronto - parietale destra, arcate sopraciliari molto sporgenti, zigoma sinistro molto più prominente del destro. Eredità negativa.

Caso LIII. — *C. Domenico* da B. di a. 47, sarto, coniugato. Infaticabile lavoratore, andò parecchi anni or sono in America e ne tornó con discreto peculio per cui, oltre la professione, si diede al piccolo commercio di vino. Tempo fa per una partita di vino andata a male l' infermo diè in smanie con idee di rovina e tentò il suicidio per cui il 5 marzo 1907 fu ricoverato in Manicomio - È molto eccitato perchè attribuisce al fratello il tradimento di esser stato qui internato perchè fosse completa la rovina dei figli, si crede ora destinato a morire subito, affetto da malattia incurabile per cui starà sempre qui chiuso per lunghi anni ancora; ora attribuisce la sua malattia alla sifilide (che pare non abbia mai avuto) ora al castigo di Dio per aver trascurato di far recitare certe messe al padre; nojoso, loquace, or eccitatissimo, or depresso, è insonne continuamente e tende al suicidio.

Diagnosi: Psicosi neurastenica.

Caratteri degenerativi assenti. Eredità negativa.

Caso LIV. — *D. M. Salvatore* da C. di a. 36, contadino, ammogliato. Si contagjó di sifilide durante il servizio militare. Quattro anni or sono

andò in America e ne tornò pochi mesi or sono con discreto peculio che dissipò in spese pazze, balorde, stupide, credendo di esser milionario: credendosi fortissimo sì da poter godere di molte mogli entrava nelle case altrui tentando di rapire delle giovinette: fu per questo motivo condotto in Manicomio il 24 marzo 1907. L' infermo si crede davvero ricchissimo e fortissimo, è disordinato, irrequieto, ma abbastanza orientato — Ha andatura incerta, lieve disartria, pupille disuguali e rigide, riflesso rotuleo scomparso a sinistra.

Diagnosi: Demenza paralitica.

Nessun carattere degenerativo. Eredità negativa.

Caso LV. — *D. Luigi* da V. di a. 36, contadino, ammogliato. Tornato da circa quindici giorni dall' America vien condotto al manicomio il 5 aprile 1907 in uno stato depressivo molto notevole: non ha disturbi sensoriali, risponde bene ma assai stentatamente a tutte le domande, piange e si lamenta notte e giorno: abulico, inerte, indifferente all' ambiente, vive isolato, si nutre a forza e passa le notte insonni in agitazione angosciosa.

Diagnosi: stato melanconico.

Nessun carattere degenerativo importante. Eredità negativa.

Caso LVI. — *S. Salvatore* da S. A. di a. 26, contadino, celibe. Fu per quattro anni in America e ne ritornò tre mesi fa squilibrato e disordinato, ma ben presto si rimise—Da cinque giorni peró, il suo male è ricomparso più intenso sicchè si è reso necessario il suo internamento nell' Istituto , ove viene ammesso il 18 aprile 1907. Clamoroso , irrequieto, disattento, con frequenti illusioni e scambi di nomi, persone e cose, loquace, turpiloque, passeggia concitato, spinge chi gli capita fra i piedi, salta, corre, sempre ilare, incosciente del propio stato, non impulsivo.

Diagnosi: Stato maniaco.

Cranio a tipo dolicocefalo con plagiocefalia fronto-parietale destra ed occipitale sinistra; enorme sviluppo delle apofisi mastoidee, mento ad angolo acuto, orecchie ad ansa. L' avo materno ed un zio pure materno furono pazzi.

Riassumo da questi frettolosi abbozzi i dati che più da vicino mi interessano.

1°. *Età* — L'età di questi 56 folli all'epoca della loro ammissione nell'istituto, epoca di poco lontana dalla loro emigrazione e dal loro

rimpatrio, e quindi anche delle loro prime manifestazioni di pazzia, era la seguente:

al di sotto dei 20 anni	3
da 21 a 30 anni	18
da 31 a 40 anni	21
da 41 a 50 anni	10
da 51 a 60 anni	3
oltre i 60 anni	1
Totale	56

Come si vede, l'emigrazione prevale nell'età media fra 30 e 40 anni, quando più ferve l'opera dell'uomo, quando l'individuo moltiplica la sua attività, centuplica le sue forze per non restar soccombente nella lotta per l'esistenza; quando incomincia a sentir gravare sulle spalle il peso della famiglia. Emigra quando svanite le rosee visioni ed i fantasiosi castelli in aria della giovinezza, mille disillusioni, mille disinganni lo richiamano alla realtà della vita: realtà bruta, sconfortante, ma pur sempre realtà. Emigra in cerca di miglior fortuna, in cerca di un pane più abbondante e possibilmente migliore perchè il suo lavoro non basta più a sfamare e vestire una nidiata di bimbi che son tanto cari!

Dopo la media età prevalgono l'età più matura e l'età più verde, ed è giusto. Nell'età più matura vi è forza minore, attività minore; l'uomo entra nel periodo pessimista della vita, sia perchè si vede più accasciato e pensa e sente che non è più giovane, ormai; sia perchè incomincia a preoccuparsi della vecchiaia senza pane che incalza alle sue spalle. A quest'età l'emigrazione è un tentativo: pentito forse di non essere emigrato a tempo, il disgraziato si scuote, medita, fa i suoi conti: " Chi sa! forse sono ancora in tempo ... „ e si decide. Spara l'ultima cartuccia insomma: vivere o morire è per lui, ora, l'istessa cosa: tenta quindi.

Al di sopra dei 50 anni l'emigrazione si riduce bruscamente; chi emigra a questa età ordinariamente è il fortunato mortale che avendo laggiù un figlio viene da questo richiamato colà. Il vecchietto si soffrega le mani; « faremo una buona vecchiaia, forse, laggiù, se quel benedetto figliuolo ha incontrato! »: e va in America per questo.

Nell'età più giovane vi è maggiore esuberanza di forze, è vero,

ma vi sono del pari minori bisogni; non si ha una famiglia numerosa sulle spalle e il più delle volte non se ne ha punto, sicchè il proprio lavoro o é sufficiente alla famigliuola, oppure concorre al mantenimento della famiglia paterna nella quale, pel concorso dei figli si gode, una discreta agiatezza. A quest' età quindi non si emigra per bisogno, ma per soverchia irrequietezza, per amore di viaggiare e di vedere, per aver qualche cosa da raccontare della propria vita: si emigra perchè si vede emigrare, perchè si sente sempre parlare di America, e, diciamolo pure, si emigra per emulazione verso qualcuno che ha fatto fortuna sicchè non sempre, a quest' età, è secondario il miraggio di un possibile cambiamento di posizione.

Al di sotto dei 20 anni l' emigrazione è rara; è un fratello maggiore che richiama a sè il minore; un parente forse che lo conduce seco e gli fa da garante; si è troppo teneri, altrimenti, al di sotto dei 20 anni per pensare ad una dimani senza pane e troppo timidi per sfidare l' oceano senza un compagno e andare incontro all' incognito senza un aiuto!

2.° *Stato civile* — Dei 56 folli emigrati, 24 erano celibi: 29 ammogliati, 3 vedovi. Emigrano quasi nell' istessa proporzione gli ammogliati e i celibi; l' ammogliato vi si decide più facilmente per il maggior bisogno stante il peso della famiglia e perché durante la sua assenza, finchè non avrà fatto fortuna lui, c' è la moglie che accudirà ai figli, arrabattandosi alla meglio: il celibe perchè, se giovine, non ha nulla da perdere se il tentativo fallisce: se attempatello non ha neppure nulla da perdere, e, *per lui solo tutto il mondo è paese*, il che equivale, in caso di insuccesso, ad una rinunzia alla vita coniugale. Il vedovo poi non emigra, perchè la sua vita è fatta, e se pure è ancor giovine, a chi affiderà, il meschino, la famigliuola?

3.° *Professione* — Dei 56 folli, 34 erano contadini: 22 artigiani esercitanti vari mestieri; di questi ultimi la metà è data dai calzolai.

I contadini danno dunque il maggior contingente all' emigrazione anzitutto perchè essi sono in maggior numero. Ma io credo che sarebbe lo stesso, anche se fossero in numero minore, dato il genere di vita che menano. Bisogna non esser mai stato in campagna per ignorare che sorta di lavori, e in quali circostanze, è dannata a far tutto l' anno quella gente lì e che frutto irrisorio ne ricava! Bisogna non aver mai assistito al pranzo di questi infelici per ignorare una grande verità che cioè sembra una mistificazione scientifica il dogma che l' equilibrio dinamico di un organismo umano che compie un lavoro non

può mantenersi stabile senza tanti grammi di albumina, tanti di grassi e tanti altri di idrati di carbonio! È questa folla appunto, abbrutita dal lavoro, stecchita dalla cattiva e deficiente alimentazione, quella che corre ogni giorno sempre più, alta la fronte, pieno il petto di sdegno e di ribellione, ad ingrossare la fiumana degli emigranti per recarsi colà dove ha appreso per fama che si lavora sì, ma si è pagati e si mangia.

Chi non ha visto una frotta di contadini emigranti, stivati in una vecchia carcassa, ignora, forse, una delle più eccelse e delle più eloquenti pagine del dolore umano!

Gli operai, gli artigiani sono in minor numero e stanno economicamente molto meglio dei contadini, ecco perchè figurano in proporzione più modesta nel quadro dell'emigrazione. D'ordinario sono i meno esperti del mestiere che emigrano, poichè i più provetti, i più bravi attirano a sè la scarsa clientela dei paeselli.

Fra gli operai emigrano in numero maggiore i calzolai forse perchè essi vengono più facilmente soppiantati dall'importazione di scarpe belle e fatturate, di costo minore e, sebbene meno solide, di un'eleganza raffinata che seduce.

4.° *Malattie mentali.* I 56 folli emigrati erano affetti da:

Frenosi maniaco-depressiva (nelle varie forme)	11
Frenosi sensoriale	7
Demenza primitiva	9
Amenza	5
Paranoia	3
Criminalità	1
Frenosi epilettica	7
Frenosi neurastenica	3
Frenosi alcoolica	1
Demenza paralitica	6
Demenza senile	3
Totale	56

Allo stato attuale delle nostre cognizioni sulla natura delle malattie mentali non è davvero il caso di insistere e dissertare sulle varie forme di psicopatie presentate da questi 56 folli. Mi limito a qualche osservazione.

I tre paranoici presentano tutti e tre delirio sistematizzato di gelosia. Questa semplice constatazione è abbastanza sintomatica. Il caso di giovini spose abbandonate nel pieno fervore della vita sessuale dai loro mariti che emigrano, che ben presto si danno in braccio ad una o più amanti non è nè unico, nè raro, chè anzi pur troppo, le eccezioni a questa che sembra una dura fatalità si potrebbero contare sulle dita. Non vi è paese che conti un certo numero di emigrati, dove "moglie di americano„ non suoni sinonimo di donna di facili costumi: non vi è giovinotto di primo pelo o scapestrato di professione che non si creda in diritto di corteggiare le "mogli degli americani„: non vi è signorotto in diciottesimo che non si creda arbitro delle "mogli degli americani„. E le "mogli degli americani„ cedono, cedono come se esse stesse comprendano che il loro destino ineluttabie è questo, appunto: cedono non solo, ma cedono con una specie di ostentazione, come se fossero nel pieno diritto di prostituirsi e nel dovere di farlo. Ripeto se si andasse sottilmente indagando, le caste Penelopi ahimè! quanto raramente si incontrerebbero! E si prostituiscono a gara sciupano il denaro che i loro mariti mandano in orgie coi ganzi e in abiti sfarzosi per abbellirsi, per farsi corteggiare e desiderare, per farsi ammirare ed invidiare; tanto è vero che un poeta dialettale cantava qualche anno fa con meravigliosa e rude espressione ironica:

li mugghieri de li americani
vannu a la chiesa cu setta suttani....
vannu a la missa e preganu a Dio;
« manda dinari maritu mio
« ca pe li corna..... ci pensu io! »

È una febbre di corruzione che corre per le vene di queste.... infelici, un entusiasmo che rasenta il delirio! E bisognerebbe sentire che frizzi feroci, che pettegolezzi, che punture da vipera lanciano queste.... baccanti dell'emigrazione contro le oneste, le veramente oneste, poche se vogliamo, ma oneste fino al sacrifizio! Delle une e delle altre ne abbiamo qualche esempio in manicomio, come avanti accennammo poichè se l'emigrazione degli uomini, vuoi per le sue cause, vuoi per le sue conseguenze, affolla da una parte, direttamente la sezione maschile, d'altra parte fa sentire i suoi malefici influssi, anche nella sezione femminile, indirettamente.

Che la prostituzione delle donne sia in diretto rapporto col benes-

sere economico che indubbiamente, in tesi generale, a causa dell' emigrazione, è innegabile? Pare di sì, ma io non oso affermarlo perchè entrerei in un campo che non mi appartiene. E torniamo agli uomini. Conoscono essi, o no, questo stato di cose? Certamente, sì. Lo sanno quelli che emigrano giorno per giorno, perchè lo vedono .... a spese altrui: lo sanno quelli che sono già emigrati perchè le lettere anonime rivelatrici fioccano, fioccano verso quelle lontane contrade. E allora? Tollerano, forse? Ah! non sarebbe da calabrese tollerare il disonore della donna! Dunque?

Partendo, fidano sulle minacce fatte alla moglie e sulle promesse giurate davanti alla madonna e sulle lacrime che scorrono abbontanti nel dì della partenza. Quando poi son lontani, correrebbero al primo sentire l' infedeltà a scannare le adultere, e lo farebbero se le avessero a portata di mano. Ma la lontananza è troppa: è troppo il tempo che ci vuole a raggranellare il denaro per il viaggio: l' istessa durata del viaggio è troppa......... E intanto succede quello che è naturale succeda; all'eccitamento segue la depressione, come alla tempesta la calma: alla tensione la rilassatezza, al furore l' abbandono.... e allo svegliarsi, se un amico susurra all' orecchio: « Vuoi perderti forse per una p....? » trovano logica l' osservazione e chinano il capo sotto il peso.... inaspettato!

Ed intanto, vedi ironia della sorte! Tre paranoici, tutti e tre con delirio di gelosia e tutti e tre tutt'altro che disonorati dalle fedeli compagne della loro vita! Chi sa quante volte è stato alla soglia della coscienza di queste tre vittime del dolore... altrui il pensiero fosco dell' infedeltà coniugale, prima di entrare a disgregarne la compage spiando il momento opportuno che altre cause ne diminuissero la resisteza.

Ma andiamo oltre.

Di sette individui affetti da psicosi epilettica quattro avevano sofferto, molti anni prima, di lievi accessi convulsivi che si erano dileguati senza traccia alcuna: tre non ne avevano mai sofferto e ne furon colti dietro l' emigrazione. Negli uni e negli altri gli accessi convulsivi si fecero rapidamente più intensi, più frequenti, di più lunga durata e i disturbi psichici non tardarono a farsi strada.

La neurastenia (tre casi) e la demenza paralitica (sei casi) fino a qualche tempo fa considerate, per quanto « *malattie del secolo* », esclusive degl' intellettuali, di quelli che lavorano col cervello più che colle braccia, oggi entrano vittoriose fra le schiere degli umili, dei *lavoratori* propriamente detti, perchè in questi l'affaticamento fisico, cor-

poreo patriarcalmente automatico dei tempi passati si accoppia oggi ad un enorme *surmenage* delle facoltà mentali attraverso tanti disagi e tante lotte alle quali quei cervelli vergini non erano abituati — Dei sei dementi paralitici inoltre solo in quattro figura momento etiologico la sifilide pregressa: negli altri due son da ricercarsi altre cause (auto-intossicazione, patemi d'animo) che secondo ultime vedute e recenti ricerche non son da porsi sempre in ultimo —

La demenza senile la riscontriamo in tre individui di cui uno solo può considerarsi fisiologicamente vecchio (anni 67) mentre gli altri due sono uno di 50 anni e l'altro di 60; qualche cosa dunque che si avvicina alla senilità precoce, se non erro, causata dell'emigrazione.

L'alcoolismo finalmente figura in proporzione molto modesta nel quadro delle malattie mentali dei nostri emigrati, che più sopra ho riportate.

Un sol caso di psicosi alcoolica su 56 folli emigrati e per di più verificatosi nella persona di un operaio che già prima di emigrare frequentemente abusava di vino è cosa che stupisce e che impressiona molto favorevolmente quando si pensi che anche tra noi in Calabria, l'alcoolismo ha fatto il suo ingresso trionfale, mietendo vittime (1) e che nell'America del Sud, specialmente nel Brasile fa stragi inaudite fra i coloni italiani delle « fazendas » a quanto rilevasi da un bell'articolo di Adolfo Rossi (2) a proposito della relazione « sulle condizioni sanitarie degli emigrati italiani nello stato di San Paolo » del signor Ugo Tedeschi, regio vice - console italiano in San Paolo del Brasile. Anche il Senatore Pasquale Villari (3) nella conferenza tenuta nel gennaio scorso all'associazione della Stampa in Roma diceva di esser rimasto spaventato dalla quantità enorme di acquavite che il popolo beve ora abitualmente nelle provincie di Udine e Belluno ed osservava che l'alcoolismo con tutte le sue conseguenze è uno dei peggiori frutti dell'emigrazione.

Che quest'altra peste non abbia ancora contaminato le file dei nostri emigranti calabresi, noi lo dobbiamo al fatto che la grande corrente migratoria calabrese, della nostra provincia più specialmente, è diretta verso gli Stati Uniti e in piccola parte verso la Repub-

(1) Pellegrini — L'alcoolismo e la psicosi alcoolica nella provincia di Catanzaro — Asturi, 1906.

(2) Rossi — L'alcoolismo e l'emigrazione — Gazzetta del Popolo, anno 907 n° 34, Torino.

(3) Rossi — l. c.

blica Argentina; mentre è quasi nulla verso il Brasile, dove invece pare si dirigano a preferenza le grandi schiere degli emigranti del Nord, spandendosi specialmente nelle sconfinate valli dello Stato di San Paolo: quivi, per la scarsità dell'acqua, i coloni italiani trovano il momentaneo sollievo nella « *pinga* » specie di acquavita che ha una percentuale alcoolica elevatissima; unica sostanza spiritosa, per quanto velenosissima, che trovasi nelle sterminate « *fazendas* » coltivate a caffè, canne, fagiuola, e grano turco.

Negli Stati Uniti invece e nell'Argentina l'acqua non difetta, e fra le sostanze alcooliche regna sovrana la birra, la quale, per il costo elevato non è alla portata delle modeste risorse dei nostri emigrati, sì che ne possano fare uso continuo; e quand'anche lo fosse, la birra avendo una percentuale alcoolica bassissima, più che all' alcoolismo condurrebbe alle dispepsie ed ai catarri gastro-enterici cronici che possono alla lor volta, colla conseguente auto-intossicazione intestinale, predisporre ad altre malattie mentali.

∴

Quali rapporti dunque possono mai correre fra emigrazione e pazzia?

La bibliografia, al riguardo non è delle più ricche. All'infuori della citata relazione del vice-console italiano a San Paolo, Sigr. Tedeschi, riportata dal Rossi e riguardante la psicosi alcoolica, non è venuto a mia conoscenza d'importante altro che una nota preventiva del Dr. Fronda (4), il quale così conchiude: « *se l'emigrazione è spesso causa di pazzia, il più delle volte non è che causa occasionale, avendo trovato frequente l'emigrazione nei nostri degenerati* ». L'A. va ancora più oltre domandandosi: « *L'emigrazione dei parenti può costituire carattere degenerativo?* », e lascia sottintendere una risposta più affermativa anzi che no.

A quanto pare il Fronda ha voluto conchiudere che l'emigrazione è causata dalla invadente degenerazione mentale e che quindi più che un bisogno economico, più che una quistione sociale l'emigrazione deve considerarsi come l'esponente di un perturbamento psi-

(4) *Fronda* — La pazzia negli emigranti — Nota preventiva — " Il Manicomio Moderno,, anno VII, 1891.

chico a base degenerativa ed entrare nel dominio della psichiatria e dell'antropologia.

Il FRONDA avrà avuto le sue ragioni a conchiudere in questo senso; i casi da lui studiati l'avranno convinto in questo senso. Io però, che scrivo a 16 anni di distanza occupandomi della pazzia fra gli emigrati da una regione che non è quella nè fra quelle studiate dal FRONDA, non credo poter esser portato ad identiche conclusioni. Io non credo, quindi, che l'emigrazione sia da attribuirsi all'invadente degenerazione mentale per le seguenti ragioni:

a) Anzitutto, se così fosse noi dovremmo trovare un numero di emigrati folli molto superiore a quello che realmente è, e la ragione ne è del tutto ovvia.

b) Se le schiere degli emigranti fossero costituite da degenerati, cioè da candidati in tempo più o meno remoto alla pazzia; poichè attualmente si emigra a lava, la popolazione del Manicomio non dovrebbe crescere a vista d'occhio a spese di quelli che, sani e ben conformati di mente e di corpo, non emigrano: ed invece succede il contrario, almeno nella provincia di cui mi occupo (5) —

c) Una volta che l'emigrazione, dapprima scarsa, ha raggiuuto in questi ultimi anni cifre vertiginose, come spiegare questo brusco e rapido incremento per mezzo della degenerazione se non ammettendo contemporaneamente del pari una brusca e rapida invasione della degenerazione mentale stessa? Ma degenera forse in qualche lustro appena tutta una razza, tutta intera una popolazione?

d) E poi come spiegare perchè in Italia questa degenerazione abbia preferito la parte centrale e la meridionale, lasciando pressochè intatta quasi tutta la parte settentrionale, la quale perchè notoriamente più evoluta e più civile dovrebbe essere invece la più degenerata e quindi quella che dovrebbe dare il maggior contingente all'emigrazione, il che non si è ancora verificato nè accenna a verificarsi?

e) Militerebbe apparentemente in favore del FRONDA il fatto che, dietro l'emigrazione son diminuiti, specialmente in Calabria, i fatti di sangue e più particolarmente l'omicidio. Ma io plaudo con tutte le mie forze al mio carissimo amico avvocato prof. SCALISE per la spiegazione arguta, logica e naturale che ha saputo dare di questo

(5) *Pellegrini* — Il Manicomio di Girifalco e la pazzia nella Provincia di Catanzaro — Catanzaro, [Asturi, 1907].

fatto tanto eclatante (6). L'omicidio non è diminuito perchè (come potrebbe dire il FRONDA) la corrente migratoria ha trasportato altrove i turbolenti o perchè, come dicono altri in senso più largo, l'emigrazione portando via gli uomini dai 15 ai 45 anni, porta via la parte che più delinque; invece « *la causa della diminuizione dei più gravi reati deve ricercarsi, più che altrove, nelle migliorate* (a causa dell'emigrazione) *condizioni economiche ed intellettuali, e nell'effetto educativo dell'esempio e del lavoro retribuito* ».

f) Se alla degenerazione è dovuta l'attuale nostra emigrazione, dobbiamo dunque considerare alla stessa stregua tutte le altre emigrazioni che, pur sott'altro nome, ricorda innumerevoli la storia? Dobbiamo dunque ritenere come degenerati i Goti, i Longobardi, gli Unni ecc. ecc. dai quali uscirono pressochè tutte le nazioni civili di Europa?

g) E finalmente: l'asserzione del FRONDA si basa principalmente sul fatto che dei suoi 58 emigrati folli, ben 44 erano affetti da degenerazioni psichiche (39 congenite e 5 acquisite!) e solo 14 da psico-nevrosi. Orbene, a prescindere che a me non sembra giusto basare un'asserzione così recisa su di una classifica così elastica come quella delle malattie mentali, pure, se anch'io volessi fermarmi alle classifiche più accette e dare uno sguardo da questo punto di vista ai miei 56 folli troverei una grande prevalenza delle forme psico-nevrotiche sulle degenerative: come conciliare questi dati così diametralmente opposti?

Il FRONDA inoltre passa sotto silenzio due dati importantissimi dei suoi infermi, l'eredità psicopatica cioè ed i caratteri degenerativi morfologici.

Ecco invece quanto noto nei 56 infermi da me studiati:

Eredità psicopatica negativa		35
« « sconosciuta		8
« « positiva	ascendente	5
	collaterale	6
	ascend. e collat.	2
	TOTALE	56

(6) *Scalise* — L'Emigrazione dalla Calabria — Napoli, Pierro - 905 —

E per i caratteri degenerativi, questi erano:

Assenti	in	36
lievi .	»	6
gravi .	»	14
	Totale	56

Per tutte queste ragioni io escludo nel modo più reciso che l'emigrazione sia il segno dell'invadente degenerazione mentale e che a questa debbano attribuirsi la massima parte dei casi di pazzia che si verificano negli emigrati.

L'emigrazione è invece l'esponente di un enorme disquilibrio economico causato, almeno nelle nostre regioni, da tutta una serie di colpe, di errori e di pregiudizi di vecchia data elevati a sistema, dei quali non è mio compito discutere. Non voglio però tacere che, secondo me, l'incremento vertiginoso dell'emigrazione in questi ultimi anni é dovuto in parte alla diffusione, tra le masse, delle teorie socialiste, le quali, facendo comprendere al popolo finora abbrutito la sua forza e il suo misero stato soffiano negli animi lo sdegno e la ribellione: ed in parte, per colmo di misura, alle mostruose esagerazioni di centinnia di agenti e subagenti d'emigrazione i quali, da veri speculatori della miseria, vampiri assetati protetti dalla legge, si danno, in vista dei pingui guadagni, a percorrere le campagne esasperando sempre più gli animi dei poveri contadini ignoranti colle più fosche descrizioni del loro stato attuale e incoraggiandoli a partire e a sperare, sperare assai in un avvenire tutto oro e felicità. Ed è per questo che da un momento all'altro si assiste al desolante spettacolo di intiere squadre di affamati, cenciosi che in un batter d'occhio si ergono come un sol uomo, silenziosamente minacciosi e prendono la via in cerca di una patria migliore. Interrogateli uno per uno, vi risponderanno tutti alla stessa maniera: diventata ormai insopportabile la loro esistenza e ridotti a rubare per vivere o a morire, scelgono, tra il furto e la morte.... l'emigrazione.

Tornando dunque alla causa della pazzia fra gli emigranti, io credo che si incammini su falsa strada chi, dimenticando le tristi condizioni del popolo, crede dopo tutto, di non dover tenere in alcun conto lo stato d'animo, la psicologia diremmo meglio, di colui che prepara il suo sacco da viaggio, bacia i suoi e solca l'oceano col petto gonfio di lacrime e di speranze.

Non si emigra per diletto perchè emigrare significa abbandonare la sposa, i figli, la casetta modesta, i campi ameni e le ridenti colline, la chiesetta e la piazzuola del villaggio, quanto si ha di più caro al mondo, insomma; significa sfidare l'oceano per correre verso l'gnoto, in una terra lontana, lontana, dove non si ha amici e parenti, dove si parla altra lingua e vi son altri usi, altri costumi. Ah! non può esser facile decidersi ad emigrare senza una lunga e silenziosa meditazione perchè vi sono pro e contro mille ragioni che bisogna vagliare, vagliare bene .....

Decisa la partenza bisogna pur trovare il viaggio. Alcuni hanno la fortuna di aver colà un amico a un parente che manda loro il pezzettino, cioè il biglietto d'imbarco, il cui costo è stato anticipato dal lontano benefattore, al quale lo si rimborserà in seguito, con i primi guadagni, altri, e sono senza dubbio i più, debbono ricorrere all'usuraio il quale presta loro ad interesse tutt'altro che onesto quelle poche centinaia di lire occorrenti, che essi garentiscono sulla loro casetta o su qualche pezzo di terra purchè o l'una o l'altro o tutti e due ne valgano il triplo, almeno. Chi non ha su che garentire, trova anch'esso, ad onor del vero, il suo benefattore il quale ad interesse addirittura favoloso è disposto (tanto per aiutare un disgraziato!) e sborsare la somma, *sicuro magari di perderla*, ma in realtà sicurissimo che il beneficato pagherà a qualunque costo e pagherà bene e gliene sarà riconoscente per tutta la vita.

Sottoscritto il contratto si affaccia martellante, tormentoso all'animo del disgraziato il dubbio che se la fortuna non gli arrida, la sua rovina è completa; perderà anche quel buco di casa o quel palmo di terra o non potrà più ritornare in patria per non incorrere nell'ira e nelle persecuzioni incessanti del .... benefattore. Gli sembra un secolo tutto il tempo che deve trascorrere stando sotto quest'incubo: non vede l'ora della partenza, impaziente di assistere al compimento del suo destino che vorrebbe affrettare a tutti i costi!

Pochi altri giorni ancora e l'ora della partenza viene ....

Ma, ahimè, quanto è dolorosa quell' ora tanto aspettata! Non aveva il misero, pensato al dolore della separazione. La moglie che piange in disparte e i bimbi che gli si arrampicano alle ginocchia e che lui bacia, abbraccia e torna a baciare convulso: o i genitori cadenti dei quali afferra, per coprirla di baci, la mano alzatasi per benedirlo: o lì vicino la fidanzata che rossa di vergogna per non saper celare il dolore, si copre il volto col grembiale ..... Baci, singhiozzi, pianti .... oh! quanto male gli fanno, quante volte il misero si pente, in quell' istante, della decisione presa! oh! come volentieri rimarrebbe se il viso arcigno dell' usuraio e il timore, di sembrar vile lui!, non lo strappassero da questa scena di dolore per spingerlo lontano, lontano ....

Alea jacta est! E la speranza che il sogno della fantasia possa realizzarsi gli dà la forza di reprimere il singhiozzo che sale alla gola.

Solo quando il piroscafo ha preso il largo, quando non si vede che cielo, mare, compagni di sventura ed uomini di equipaggio indifferenti ed estranei al dolore di quel mucchio di miserie, solo allora quel singhiozzo prorompe spasmodico dal petto adamantino, foriero di una lunga crisi di lacrime.

E il legno fila, la nostalgia l' assale, la fantasia lo trasporta nel suo paesello, nel suo tugurio, nei giorni felici in cui scoppiettava il fuoco e bolliva la pentola; rivede la madre, la moglie, i figli, gli torna a mente l' ora e lo strazio della partenza .... E il legno fila, fila ancora, sempre, e il mal di mare, la mancanza d' aria per l' eccessivo affollamento delle cabine, le vettovaglie di bordo insipide o cattive completano lo squallore di questo viaggio disastroso capace di fiaccare, per la lunga durata, le fibre più forti e gli animi più risoluti.

E finalmente arriva!

Il movimento vertiginoso dei porti immensi, le città colossali di cui un solo opificio inghiotte e divora le forze di migliaia e migliaia di braccia, le strade interminabili affollate da una fiumana di popolo sconosciuto che va per gli affari suoi, che non si accorge neppure di lui che parla una lingua straordinariamente incomprensibile .... che impressione non riceve la mente vergine di quello sperduto, spossato dal lungo viaggio, abituato alla calma del suo nido d'aquila, dal quale non era mai uscito? Indubbiamente prova la sensazione del vuoto, della solitudine, della morte in tanta esuberanza di vita, di attività, di forza! Questa prima tappa è forse una delle più pericolose stazioni del-

la dolorosa via crucis. Eppure l'odissea non è finita: principia appena!

Al primo arrivo seguono appunto i giorni più foschi: alcuni, i più fortunati hanno colà un amico, un parente che li aspetta, li guida e trova loro un'occupazione. Molti altri invece si trovano peggio del pulcino nella stoppa: hanno del danaro e non sono buoni a comprarsi due soldi di pane e a procacciarsi un letto, principalmente perchè non sanno e non possono farsi capire; girano in cerca di lavoro e si sperdono nel labirinto delle strade simmetriche, uniformi interminabili; vanno su o giù giornate intere col sacco sulle spalle e lo sconforto nel cuore finchè non incontrano, per caso, un'anima pietosa che li comprenda ed abbia tempo, pazienza e volontà di indirizzarli e consigliarli.

Quanto è durato questo periodo? Non lo sanno essi stessi, chè, disorientati, storditi, hanno agito macchinalmente incoscientemente. So di alcuni, per averlo inteso raccontare, che non hanno trovato lavoro per mesi interi e che esauriti i risorsi del piccolo peculio, avanzo della somma fornita dall'usuraio in patria, han dovuto mendicare un tozzo di pane e sono stati perfino arrestati dalla polizia come sospetti: solo dietro intervento del nostro consolato l'han passata liscia e sono stati rimpatriati.

Trova finalmente lavoro: ma che lavoro può trovare il contadino in paesi eminentemente industriali? Il primo lavoro che capita, si capisce: un lavoro che non sa fare, al quale non è abituato e pur deve sottomettersi, perchè non vi è di meglio: è un nuovo mestiere che deve apprendere. Paura chè non riuscendo subito a far bene si venga licenziati; sforzo maggiore, inaudito, che richiede quindi questo lavoro, da per sè faticosissimo, sempre, perchè si paga bene, lì, è vero, ma si vuol anche veder progredire questo benedetto lavoro ordini impartiti in lingua che non si comprende e naturalmente eseguiti alla rovescia, per cui giù rimproveri e minacce di espulsione a tutta forza . . . ma che lavoro, mio Dio, è mai questo? Preferibile quello dei forzati! Eppure piegano il collo perchè incalzano bisogni urgenti, i debiti che scadono e la famiglia senza pane! La famiglia! oh! si era dimenticata la famiglia, da un pezzo: che faranno a quell'ora la moglie, i figli senza pane, i genitori cadenti? . . . . .

E via a lavorare dieci volte di più, a sudare, a stentare cento,

mille volte di più: si lesina sul pane, sull'acqua, sul letto, fino al non plus ultra, pur di spedire qualche soccorso a casa . . . . .

I deboli soccombono ben presto: o muoiono o impazziscono o cercano in tutti i modi di rimpatriare, magari per mezzo del Consolato, avvenga quel che vuole! Quante speranze svanite! Che baratro profondo là dove si era sognata la felicità!

I più forti resistono: superate le prime difficoltà, essi si trovano bene perchè si sono abituati; sono questi quelli che *incontrano, che fanno fortuna*.

Di questi ultimi una porzione continua a menare l'istessa vita: invaghiti di far denaro, si privano del necessario, mangiano roba di scarto a vil prezzo, dormono male non si procurano nessuna distrazione per riposare col corpo lo spirito e continuano il faticoso lavoro cupi, tetri, preoccupati.

Altri invece, più libertini, più irrequieti, più vivaci, pagati i debiti e provveduto ai primi bisogni della famiglia, lavorano sempre infaticabilmente ma maneggiando spesso danaro si abituano ad attribuirgli scarso valore e colla facilità con cui ormai lo procacciano, lo sciupano nei giorni di riposo, che spesso improvvisano anche nel corso della settimana, in orgie, in tresche, in veri baccanali nelle osterie e su per i postriboli: essi così castigati, così sobrii una volta son diventati intemperanti, scialacquatori e si abbandonano a tutti gli abusi, dimenticando il triste passato!

Ecco come si diventa candidati alla pazzia.

Le eccessive preoccupazioni e le privazioni per i primi; gli stravizi, le gozzoviglie, il libertinaggio e le infezioni che ne conseguono, la perdita del sonno, per i secondi; l'eccessivo lavoro, il soverchio affaticamento sotto il sole o la neve in un clima al quale non sono abituati, per entrambe le parti concorrono a completare colla disgregazione fisica la disgregazione mentale già iniziata da tante svariate emozioni che da tanto tempo agivano lentamente ma incessantemente e progressivamente sulla psiche di questi infelici.

E quando a tutto ciò aggiungiamo per colmo di misura la lettera di un *fedele amico* che non si noma, la quale un bel giorno arrivi nel punto culminante degli stenti o della crapula a denunziare l'infedeltà della moglie, ecco sul carbone acceso soffiato l'ossigeno vivificatore e la combustione raggiunge il suo acme!

I 56 casi che ho riportato, costretto troppo a sintetizzare, formerebbero nella loro interezza, un martirologio di questo genere.

Ed è appunto nelle così svariate emozioni, violenti, continue, spesso contrarie che per le cause e per le conseguenze dell'emigrazione stessa agiscono per lungo tempo sulle facoltà mentali, coadiuvate da altri fattori fisici, debilitanti, tossici, infettivi che io propongo di ricercare la causa diretta della pazzia negli emigranti. La degenerazione, se esiste è innegabilmente influenzata da queste altre cause che ne provocano o ne affrettano le manifestazioni così, come è naturale che nelle epidemie soccombano per i primi i deboli, i predisposti. Ma da questo ad affermare che la pazzia nella grandissima maggioranza degli emigranti sia dovuta esclusivamente alla degenerazione mentale, ci corre, e mi sembra troppo spinta l'asserzione che l'emigrazione sia dovuta appunto alla degenerazione mentale.

Al corollario poi interrogativo del Fronda: « può l'emigrazione dei parenti costituire carattere degenerativo? » non posso che rispondere recisamente: no.

No, finchè la scienza non ci avrà insegnato a giudicar delinquente chi uccide per legittima difesa o ruba per fame.

Girifalco, maggio del 907.

Questo studio che vede la luce circa un anno dopo la compilazione, avrebbe potuto, se fatto di recente, essere più vasto nella tela e meglio suffragato da più numerosi casi clinici, poichè l'affluenza nel nostro Manicomio di alienati provenienti dall'America non è punto cessata nè diminuita. Dirò anzi che verso la fine del 907 a causa delle famose crisi economiche avvenute negli Stati Uniti d'America essendo aumentato il numero dei rimpatrianti, crebbe del pari il numero degli emigrati folli ricoverati nell'Istituto. Ed in sei mesi dal

1° Ottobre 1907 al 31 marzo 1908 su 30 nuovi ammessi ben 17 erano tornati dall'America da un tempo vario fra otto giorni e tre mesi. Di questi 17 emigrati folli, due erano affetti da paranoia con delirio di gelosia (uno di questi anzi uccise la moglie sospettandola infedele); cinque erano affetti da demenza paralitica, dei quali soltanto tre eransi precedentemente contagiati da sifilide; tre erano in istato maniaco; uno affetto da psicosi alcoolica; un altro da gravissima psicosi epilettica; tre da amenza e finalmente due da demenza primitiva, entrambi catatonici.

Dopo quanto ho esposto dianzi, credo inutile qualsiasi commento.

Aprile del 908.

Manicomio di S. Clemente in Venezia
Direttore Dott. G. B. COLBACHINI.

SULLA NEVRASTENIA PRODROMICA DELLA DEMENZA PRECOCE

CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL

Dott. Aleardo Salerni
Medico Primario del Manicomio Prov. di Verona

L'argomento di questa nota clinica ebbe già corredo di studio da parte di altri autori; tra questi, ne scrissero più recentemente e specificatamente il MASSELON (1), M.lle PASCAL (2), Lo SCHROTT (3), il LAMBRANZI (4). Nè è meraviglia che il tema abbia attirato l'attenzione dei psichiatri, quando si consideri quanto frequenti ed importanti sieno i fenomeni nevrastenici nella sintomatologia iniziale della demenza precoce. E l'importanza loro è indubbiamente, oltrecchè di ordine scientifico, anche di ordine pratico. Nel primo campo, poichè si tratta di forme cliniche, nevrastenia e demenza precoce, tutt'ora discusse, e da alcuno anche respinte come entità nosologiche a sè, l'apparente associazione od anche il passaggio dei sintomi dell'una a quelli dell'altra, facilmente si presta alle accennate riserve. Così il BIANCHI (5), a mo' d'esempio, rifiuta di assegnare una dignità nosologica alla demenza precoce pel fatto ch'essa esordisce spessissimo con sintomi sia confusionali, che isterici o nevrastenici, anzichè coi sintomi culminanti e terminali che caratterizzano detta psicosi, o con indizi che, pur attraverso sintomi comuni ad altre malattie mentali, concedano all'indagine clinica, di affermare il diagnostico.

---

(1) *Masselon* « La démence précoce » p. 137.

(2) *Mlle Pascal* — Pseudo-Neurasthénie prodromique de la démence précoce (La Presse Médicale N. 6 1907 p. 42).

(3) *A. Schrott* — Beitrag zur Lehre von der Katatomischen Verrükeheit (Allgm Zeitsch für Psych. Rd 62 N. 3).

(4) *R. Lambranzi* — I prodromi neurastenici della demenza precoce (Estratto dalle ricerche e studi ecc. ded: al Prof. Morselli Milano 1906).

(5) *L. Bianchi* — Trattato di psichiatria P. III.

Per la nevrastenia il Raymond (6), ricordando che non è raro vederla spuntare all'inizio di certe affezioni organiche assai gravi, a lesioni nervose profonde e progressive, come è appunto per la demenza precoce, si chiede « cosa diventa in casi di questo genere .... la dottrina della nevrastenia, malattia speciale e distinta? »

Da ciò la necessità di togliere, con accurato studio, la fonte di confusionismo che l'apparente associazione di sintomi può ingenerare, attribuendo a questi il valore clinico che realmente spetta loro, e differenziandoli nel caso nostro, da quelli patognomonici della nevrastenia vera.

Nel campo pratico poi è ovvia l'utilità di una simile distinzione perchè la demenza precoce interessa non solo gli alienisti, ma pure tutti i medici che sono chiamati a diagnosticarla prematuramente, ed è d'importanza capitale pel malato, per la famiglia e per la società di poterne riconoscere sicuramente i primi sintomi, troppo spesso attribuiti ad altre affezioni. Ciò ch'è possibile solo, come nota il Lambranzi (7), col far la diagnosi di nevrastenia sul serio. —

Però, benchè, come ho accennato, altri autori si sieno occupati dell'argomento che intendo svolgere, non credo si possa affermare che i criteri di differenziazione da essi, più o meno nettamente stabiliti conducono a sicura diagnosi.

Dal Masselon che si limita a constatare l'analogia tra i sintomi nevrastenici veri e quelli prodromici della demenza precoce, a Finzi e Vedrani (8) che li giudicano perfettamente analoghi a quelli d'inizio della paralisi progressiva, alle Schrott, che afferma la difficoltà della prognosi, al Bianchi, che distingue a proposito della *frenosi sensoria* (per noi demenza precoce) sintomi di nevrastenia, e di psicosi nevrastenica, al Lambranzi infine, che ritiene si debba porre la base di un solido criterio clinico differenziale nella ricerca, nell'esame, e nella critica di alcuni dati eziologici e semiologici (affettività, attenzione, memoria), vediamo discussa e vagliata tutta la classica sintomalogia nevrastenica del Beard e del Charcot.

---

(6) *I Raymond* — Névroses et Psycho-névroses — (*L' Encéphale* — N. 1, 1907).

(7) l. c. —

(8) *Finzi* e *Vedrani* — Contributo alla dottrina della demenza precoce (Riv. Sper. di Freniatria — Vol. XXV a. 1899 p. 383).

Ma la molteplicità e multiformità dei sintomi, e le lievi sfumature differenziali difficilmente concedono di giungere ad un preciso criterio diagnostico. Si aggiunga che gli stati iniziali della demenza precoce raramente permettono il rilievo di quel *deficit* intellettuale che le è caratteristico, o che il più spesso, a differenza della demenza paralitica, nella quale soccorrono anche molti sintomi fisici, appare mascherato dalla conservazione integrale delle cognizioni acquisite, delle abitudini, di tutto ciò, insomma, che costituisce la vita automatica, per cui il malato può vivere ancora in società e dar prova di una certa attività.

Tali considerazioni m'indussero a ricercare in campo più limitato, ma più preciso, l'elemento di differenziazione, ed ho posto l'indagine nella ricerca e nella valutazione di quella stigmata psichica, che il CAPPELLETTI (9) erige sovrana della nevrastenia: *lo stato di dubbio*. Poichè esso nella vera nevrastenia, non manca mai, e presuppone, in via psicologica, un potere critico discriminativo, di raffronto, e poichè nella demenza precoce il sintoma primo e principale è l'indebolimento mentale, e quindi la perdita della critica, ho voluto indagare se nella sintomatològia nevrastenica dell'inizio di detta psicosi, tale stato di dubbio manca, o, esistendo, sotto quale veste appare. Dei risultati della mia ricerca, che ritengo interessanti, dirò svolgendo principalmente l'argomento delle idee fisse, non trascurando però gli altri sintomi psichici e fisici e quanto su essi dissero gli autori.

La casistica che mi ha servito allo studio, non sarà riportata integralmente, ma solo, e con frequenza ad esemplificare le varie affermazioni.

Riandando la serie dei criterî ammessi dai vari autori per la differenziazione tra vera nevrastenia e nevrastenia prodromica della demenza precoce, trovo anzitutto ricordato dal LAMBRANZI, *l'elemento eziologico*: « il nevrastenico del quale non si rintraccia la causa del male, non è un nevrastenico, o è un nevrastenico sospetto ». Per consenso dello stesso Autore, non è questo un elemento su cui si possa fare affidamento completo, perchè talora viene a mancare, in quanto non si presenta con specchiata evidenza, e richiede una prudente valutazione, di rado possibile. Ma ciò che a mio parere maggiormen-

(9) *L. Cappelletti* — La Nevrastenia — U. Hoepli — Milano 1904.

te intralcia il campo nel caso concreto, è il presentarsi anzichè di una forma di nevrastenia acquisita, di una nevrastenia originaria, che però l'A. esclude dall'accennato asserto, come confinante colle psicosi degenerative, su cuì deve illuminare la diffusa anamnesi del malato.

Ora, poichè secondo la mia esperienza è la forma di nevrastenia originaria che più frequentemente è dato rilevare all'inizio della demenza precoce, si impone pure la distinzione tra questa e la vera nevrastenia. Ma poichè, come afferma il CAPPELLETTI, in realtà il quadro sintomatico della nevrastenia non assume, per il fatto di essere originaria un aspetto caratteristico che ne permetta una diagnosi precisa, questa può farsi solo risalendo diligentemente la vita dell'individuo, e riandando le prime manifestazioni della malattia. E qui ci possiamo trovare dinanzi alle stesse difficoltà, certamente aumentate, che rilevammo per la nevrastenia acquisita; per cui l'elemento eziologico anche a questo proposito può essere fallace. L'asserzione poi di M.lle PASCAL che « non si trova alcuna causa morale all'origine delle turbe psichiche nevrasteniche della demenza precoce » è certamente troppo assoluta.

Un esempio può dimostrarlo:

Certo *M. G.*, con eredità positiva grave, giunge senza disturbi psichici fino all'età di 30 anni. S'innammora allora di una giovane, ma questa gli viene negata dai parenti, ed il paziente, in preda al più vivo dolore, si dà alla solitudine. Si chiude in casa, si isola dagli amici, accusa disturbi cenestetici vari, cerca rimedio ai suoi mali leggendo libri di medicina. In seguito, avendo raggiunto le sue aspirazioni, migliora, si fa attivo e socievole, dimentica i mali; ma dopo qualche anno una grave malattia di una sua bambina lo riduce ancora in uno stato di assoluto abbandono, con astenia, insonnia, idee ipocondriache. Curato anche stavolta come nevrastenico, continua a peggiorare, diviene veramente melanconico, con idee di auto-accusa e di suicidio, e tenta porle in atto.

Subentra in seguito, e quasi bruscamente, uno stato di indifferentismo, con abulia, interrotta da atti impulsivi contro sé e gli altri, ed appaiono gradatamente tutti i sintomi dell'indebolimento mentale primitivo.

Passando a considerare altri criterii di differenziazione, e vagliandoli separatamente, sebbene sia l'aggruppamento loro, assai difficile del resto a riscontrarsi, che può aver valore diagnostico, merita cenno il fatto della molteplicità e varia intensità di essi, devu-

ta al fatto che le modalità e le sfumature cliniche nevrasteniche del periodo prodromico della demenza precoce sono legate alla variabilità delle reazioni individuali.

Benchè, pel campo d'indagine che mi sono prefisso, le turbe fisiche nevrasteniche, non debbano trovare qui particolare svolgimento, mi sembra interessante un accenno al rapporto d'insorgenza tra quest'ultime e le turbe psichiche. Infatti M.lle PASCAL asserisce che le turbe psichiche-nevrasteniche d'inizio della demenza precoce, sono quasi sempre precedute dalle fisiche, che consistono, nel loro insieme, in una profonda perturbazione della nutrizione generale con astenia neuro-muscolare, e con crisi d'inerzia. Non intendendo dare a tali caratteri eccessiva importanza, ricordo però, come tra gli accennati disturbi fisici figuri la cefalea, che il KAHLBAUM segnalò tra i sintomi nevrastenici più costanti dei prodromi della demenza catatonica rimarcando la frequenza della sua sede occipitale; ciò che asserisce pure il SERIEUX. Un mio esempio sembra dar ragione a tali concetti:

E. A. di anni 23. da Venezia, ereditariamente compromesso, appena compiuto il servizio militare diviene di umore triste, fugge la compagnia, evita di salutare i conoscenti, si preoccupa dell'avvenire, accusa svariati disturbi cenestesici. In tali condizioni si trascina per circa tre mesi esperendo le più svariate cure antinevrasteniche. Si esacerbano in seguito i disturbi ipocondriaci, su cui predomina una violenta cefalea occipitale che non lo abbandona mai. Seguono idee deliranti di rovina e di persecuzione passiva; quindi un vero stato negativistico. Da questo passa a presentare il quadro classico della *demenza precoce catatonica*.

Tra i criterii di differenziazione riferentisi allo stato psichico, furono segnalate specialmente le *modalità del contegno*, che nel pseudo-nevrastenico fu descritto dal TANZI (10) come ilare, petulante, o indifferente o volubile, punto conforme, insomma, allo stato d'animo di un vero nevrastenico. Ed in relazione sarebbe il modo di racconto dell'infermo, che secondo il LAMBRANZI, a differenza della precisione ed esattezza del nevrastenico, apparirebbe nel futuro demente precoce, laconico ed oscuro, di rado espansivo, ed in tal caso superficiale, anche fatuo e non ordinato; analogamente il TANZI lo dipinge nè lucido, nè sobrio, nè preciso, ma disordinato, ampolloso, incerto, spesso in contradizione, non sincero.

(10) *Tanzi* — Malattie mentali — Milano, 1905.

L'esperienza dei fatti, mi concede di considerare gli accennati criterii differenziali di valore non decisivo, avendo essi la loro netta esplicazione quando il malato è già molto vicino alla demenza precoce conclamata, e altri elementi sono scesi in campo a corroborare il prognostico. Ciò che del resto riconosce pure il LAMBRANZI avvertendo che: « distinzioni assolute non s'avvertono altro che nei casi estremi, quando la dissomiglianza dei due malati, e la facilità di diagnosi sono maggiori ». Ho avuta l'opportunità di esaminare l'epistolario di un pseudo-nevrastenico al primo periodo di malattia, il quale aveva tracciato diffusamente la descrizione dei suoi disturbi cenestesici e l'auto-analisi del suo stato mentale, esponendo l'una e l'altra con ammirevole lucidità di introspezione e con ordine rigorosissimo. Nello scritto è prevalentemente tradotta la depressione dell'umore, che intonava pure costantemente il contegno del paziente; il quadro sintomatico perdurò così fino al confine più prossimo della demenza precoce.

Pure a speciali condizioni dell'attenzione e della memoria fu attribuito valore di criterio differenziale, ma al primo riguardo la distinzione si basa su di un fine apprezzamento difficilmente praticabile, poichè infatti tanto il vero quanto il falso nevrastenico rivelano scarso potere di attenzione. Ma il primo non potrebbe durare attento, sia perchè il ricco succedersi delle idee verrebbe a distoglierlo dal punto di mira, sia perchè la deficienza volitiva non gli consentirebbe un'efficace guida dell'attenzione; il secondo invece rivelerebbe una disattenzione più apparente che reale, determinata certo da negativismo o manierismo, poichè il malato sente e percepisce quanto accade a lui dintorno, talora anche nei minuti particolari.

La distinzione ha certo valore dal lato psicologico, non facilmente dal lato pratico.

Più evidente appare, secondo il LAMBRANZI, il criterio differenziale basato sulle condizioni della memoria, che nel pseudo nevrastenico, come nel demente precoce conclamato, non sarebbe mai indebolita, mentre lo è, e costantemente nel vero nevrastenico.

Però io ho avuto occasione di rilevare non infrequentemente anche nei pseudi-nevrastenici, poi dementi precoci una certa lacunarietà della memoria, una evidente confusione dei ricordi più prossimi, probabilmente legata alla deficienza di attenzione. Non è dato affermare che come nel vero nevrastenico, si tratti, in tal caso, di un indebolimento della energia della cellula nervosa, e di un consecutivo affievolimento della capacità di accogliere e di ritenere. Ad ogni modo

per tali considerazioni diviene dubbio, o almeno scarsamente specifico il criterio di differenziazione. Ricordo ad esempio quanto dettava un pseudo nevrastenico:

« . . . mi ricordo benissimo di tutto, anche del passato: però in certi momenti, la mia mente si offusca e non ricordo quello che ho fatto poco prima . . . . ».

Altro elemento, a cui fu attribuita importanza notevolissima per criterio differenziale è *il sentimento* in senso lato. Io ritengo però, come giustamente afferma M.lle Pascal, che l'intensità del dolore morale, e dell'affettività, non sieno, in generale, criteri diagnostici di valore, mentre invece sono importanti l'inizio e l'evoluzione delle turbe affettive. Il tono sentimentale del nevrastenico vien definito come facilmente mutevole « tristezza e gioia, scoraggiamento ed euforia, ecco i poli opposti che variamente, bruscamente attinge il tono sentimentale dei nevrastenici (11) ». D'altro canto è assolutamente costante la discontinuità delle turbe affettive del pseudo-nevrastenico, il quale durante uno stato melanconico, sorride ed appare euforico, per ricadere quindi nelle primitive condizioni psichiche. Certo nel futuro demente precoce è notevole la precocità dell'indifferenza emozionale, ma essa giunge quando già altri fatti di gravità prognostica maggiore corroborano la diagnosi. Per l'affettività in senso stretto, per l'affievolimento e la scomparsa totale dei sentimenti affettivi riferentisi specialmente alla famiglia, furono stabiliti importanti criterii patognomonici della demenza precoce; ma, a mio parere, non è sempre dato rilevarli all'inizio nevrastenico di quella. Sarà possibile la differenziazione da un vero nevrastenico nel quale l'illanguidirsi degli affetti si può dimostrare essere più apparente che reale e sostanziale, ma ciò pure con notevole difficoltà di fronte ad uno stato prodromico della demenza precoce. Nè può considerarsi valevole l'asserto che l'evidenza risulta maggiore quanto più il malato appartiene ad uno stato intellettale elevato come asserisce M.lle Pascal. Valga il seguente esempio, tratto dall'epistolario di un pseudo-nevrastenico, il cui stato psichico, per la finezza dell'affettività rispecchiata dalle sue frasi, poteva indurre in errore qualunque osservatore.

(11) Vedi — *L. Cappelletti l. c.*

« . . . Come va la mamma ed il mio vecchione? Poveretti anche loro; sento che non li rivedrò mai più. Salutali ed augura loro che stieno sani; però non li scoraggiare . . . dì che sto bene, e che presto torno a casa . . . ».

Ed altrove:

« Se mi vuoi ancora qualche po' di bene vieni subito, vola a trovarmi e non ti far caso se nel venire mi troverai un po' abbattuto, credi pure che soffro molto moralmente . . . Se mi vuoi bene, vola, vieni subito; almeno potrò ancora godere quel po' di tempo che ci resta da stare assieme ».

Per cui poichè non ci fu dato di considerare come specificamente valevole il criterio differenziale basato sull'elemento affettivo, dobbiamo di conseguenza accettare con molta riserva l'affermazione del LAMBRANZI che vuole affidata sicuramente la diagnosi che a noi interessa, al tripode di fenomeni psichici positivi e negativi comprendente la lesione quantitativa dell'affettività, e l'integrità dei poteri di attenzione e di memoria.

Della *lesione della volontà* si disse che nel nevrastenico vero essa si esplica specialmente con abulia, incapacità ad operare ad una meta fissa con intendimento costante (CAPPELLETTI); per cui molte cose egli inizia senza che alcuna giunga a compimento, ed ogni iniziativa è facilmente rimandata dall'oggi al domani. Tutto ciò per un senso intimo di incapacità; per la coscienza della propria esauribilità; per la deficienza di attenzione. Differentemente l'abulia del pseudo-nevrastenico sarebbe frutto d'ignavia, di pigrizia, di disinteresse sopratutto, ciò che renderebbe l'inattività sua, spoglia di qualsiasi senso emozionale. M.lle PASCAL descrive inoltre in questi falsi nevrastenici *le crisi d'inerzia*, con caratteri di indipendenza delle cause esteriori, senza possibilità di influenza da parte dei mezzi psico-terapici, con inizio brusco, in pieno stato di salute. Va notato però come tale fenomenologia possa facilmente confondersi, nella donna, con gli accessi di immobilità descritta nell'istero-nevrastenia da WEIR MITCHELL, accessi in cui la malata si immobilizza per l'idea erronea che il movimento sia causa di ogni sua sofferenza. A parte questi speciali fenomeni, crisi d'inerzia ed accessi d'immobilità, risulta evidente da quanto fu esposto, che la distinzione tra l'abulia nevrastenica e pseudo-nevrastenica del demente precoce, si basa, più che sulla qualità dei sintomi, sulla loro origine psicologica; per cui l'elemento princi-

pale di differenziazione sarebbe l'assenza di indifferentismo allo stato abulico nei veri nevrastenici, emozionabili sempre in alto grado, che « sanno e si addolorano di non poter volere, ma cedono alla fatalità » (CAPPELLETTI). Qui entriamo nel vasto argomento della *coscienza dello stato morboso*, la quale sorpassa i limiti dello stato abulico, e si manifesta in proporzione corrispondente all' intensità dei disturbi, per cui la coscienza della morbosità di quelli è sempre minore quanto più essi sono superficiali ed incostanti (CAPPELLETTI). I dementi precoci nel periodo nevrastenico iniziale hanno coscienza delle modificazioni che avvengono nel loro organismo? Sentono la malattia psichica? Ne soffrono? La precocità dell'indifferenza emozionale, la difficoltà di logicamente spiegare le loro modificazioni psichiche, quantunque le sentano, dovrebbe ridurli spettatori indifferenti. Ma questo difficilmente succede e la stessa M.lle PASCAL ricorda che, come in molte altre affezioni morbose, vi sono numerosi casi in cui le sfumature cliniche sono difficili a rilevarsi; per cui possono riscontrarsi pseudo-nevrastenici, futuri dementi precoci, con coscienza e sofferenza del loro stato ed una certa prescienza del loro triste avvenire. Ho l' opportunità di ricordare quanto affermava, nel periodo nevrastenico, un demente precoce, analizzando e rimpiangendo le sue condizioni psichiche. « Vorrei, malgrado tutto, cercar di conversare, di parlare, anche di fare qualche cosa, e mi ci provo; ma poi l' inerzia prende il sopravvento . . . . speriamo che tutto si cangi in peggio in meglio . . . . per ora mi è impossibile alcuna speranza di guarigione perchè conosco purtroppo che la disgrazia è irreparabile ». Questi inoltre descrive il suo stato mentale così: « Ho attorno una certa freddezza che mi agghiaccia; il mio pensiero talvolta è triste, tal altra è quasi inconscio, qualche volta fa voli pindarici, sogno ad occhi aperti; in certi momenti sono assalito da terrori vaghi, da dolori acutissimi che mi rodono il cervello, da rabbia, da rimorsi, da suggestioni, da gratitudine e viceversa ».

A proposito di sfumature cliniche, avrò occasione di ricordare più innanzi alcuni casi *spuri o limite*, che intralciano notevolmente la diagnosi differenziale basata sui sintomi che sin qui ho descritto.

Credo, ad ogni modo utile di rilevare sin d'ora, come un esempio da me citato in altro lavoro (12) comprenda in sè tutta la sin-

(12) *A. Salerni* — Sulla demenza primitiva semplice. (Giorn. di Psich. Clin. e Tecn. Manic. a. 1905 — Fasc. III IV).

tomatologia ora descritta come caratteristica del vero nevrastenico, mentre trattavasi di un demente precoce.

Certo *M. G.* presentava inizio di disturbi nevrastenici in relazione a cause patematiche; contegno ordinatissimo, prevalentemente depresso, senza repentini mutamenti di umore; attenzione scarsa facilmente attraibile, ma pure facilmente esauribile; memoria non sempre lucida, affettività conservata; leso potere volitivo, con coscienza lucidissima del proprio stato ed adeguata reazione emozionale.

In altro campo ancora occorre indagare per la differenziazione diagnostica che ci occupa; cioè nel campo vasto e difficile delle *idee ipocondriache.* Secondo il Tanzi, infatti la demenza precoce esordisce quasi sempre, specialmente nei giovani, con idee ipocondriache che vengono ascritte alla nevrastenia. Ma le parestesie ed i dolori degli infermi apparirebbero come ostentati e talvolta simulati, oppure si tratterebbe di sensazioni così strane, che non corrisponderebbero al quadro, abbastanza povero e preciso, della nevrastenia. L'A. cita in proposito, tra gli altri, il caso di un paziente, poi demente precoce paranoide, con sintomatologia iniziale a base di idee ipocondriache assurde. M.lle Pascal definisce l'ipocondria del pseudo-nevrastenico, variabile e puerile nel contenuto, non rispecchiante il carattere di ossessione angosciosa come nel vero nevrastenico. Altri autori, ed il Kraepelin stesso, dirigono, in genere, l'attenzione del diagnosta sulla ricchezza, l'insensatezza e la variabilità delle lamentazioni ipocondriache.

É sufficientemente valevole un tal carattere differenziale, o non ci troviamo spesso di fronte anche nella vera nevrastenia a fatti consimili?

Avvertono Garnièr e Cololian (13) che in quest'ultima forma morbosa « ogni sensazione interna è messa immediatamente sul conto di un'affezione grave » ; ma la principale caratteristica starebbe nella *mobilità* e *poca fissità* di tali idee, che non hanno alcuna sistematizzazione. La prima venuta scaccerebbe, senza troppa pena, le preoccupazioni ipocondriache del momento; per cui una sola idea resterebbe radicata nel cervello stanco del nevrastenico, l'idea cioè di una malattia grave, indiagnosticabile! « Per una vanità bizzarra, ogni ne-

(13) *Garnier* et *Cololian* — Traité de therapeutique des maladies mentales et nerveuses Paris 1901).

vrastenico pretende di soffrire una malattia fino allora sconosciuta, e si crede un fenomeno ». L'analogia d'interpetrazione, specialmente qualitativa, dei disturbi del vero e del falso nevrastenico dimostrano come sia oltremodo facile l'errore nel differenziare.

S'è voluto distinguere (e tutt'ora molti autori lo ritengono necessario) la *nosofobia*, propria del nevrastenico, dall'*ipocondria*, ed il RAYMOND (14) stesso constatava, come insensibilmente, gradualmente si sia esteso il dominio della nevrastenia anche all'ipocondria.

Pure il KRAEPELIN accenna alla questione, e ricordando come le idee ipocondriache del nevrastenico insorgano quando le di lui occupazioni si riferiscono al suo bene o male, osserva come esse, per l'intimo nesso che le congiunge coll'io pensante, acquistino rapidamente un grave predominio sul contenuto della coscienza, e, distruggendo ogni potere critico, si trasformino in vere e proprie idee deliranti.

Ne consegue che non di rado la nevrastenia può venir considerata come forma lieve di *frenosi ipocondriaca*. Recentemente il DENY (15) ritenne che nosofobia ed ipocondria, nonostante le loro analogie, dovessero essere studiate separatamente; e la sua distinzione si basa su questi concetti: che colui che, senza essere malato, sottopone ad es. la sua lingua, le sue urine ecc. a continui esami, ha certamente un'esagerata ed ingiustificata preoccupazione della sua salute, ma non è un vero ipocondriaco, bensì un *semplice nevrastenico*. Mentre l'ipocondriaco non ha solamente la paura, il timore della malattia, ma crede, afferma di essere malato, e questo perchè si sente malato.

La distinzione, per l'argomento che ci occupa, avrebbe indubbio valore qualora alle caratteristiche dell'ipocondria, così considerata, corrispondessero i fenomeni ipocondriaci dei pseudi-nevrastenici. Furono infatti considerati gli *stati ipocondriaci* sintomatici di affezioni diverse, con differente aspetto clinico, a seconda della prevalenza dell'elemento psichico o cenestetico.

Ma ci avverte il REGIS (16), che tale distinzione non merita considerazione, perchè la sindrome ipocondriaca non differisce sensibilmente (salvo in intensità) nelle nevrosi, nelle psico-nevrosi e

---

(14) l. c.
(15) *Deny* — Congresso di Rennes — (Revue Neurologique N. 16 1905).
(16) *Regis* — Congresso di Rennes — (Revue Neurologique N. 16 1905).

nelle psicosi; perchè, ad es. il più assurdo delirio di ostruzione o di alterazione di organo negli alienati, si trova, allo stato rudimentale nella semplice nosofobia dei nevrastenici. Per cui tra queste concezioni deliranti; non esisterebbero realmente che una differenza di grado, mentre le espressioni colle quali queste due categorie di malati esprimono le negazioni ipocondriache, sono *assolutamente identiche*.

Da tale complesso di considerazioni è dato concludere, che la differenziazione tra gli stati morbosi che ci interessano, basata sulle idee ipocondriache, non è possibile in via assoluta e costante. Ho l'opportunità di citare alcuni esempi clinici. Per la coerenza, la nessuna assurdità delle concezioni ipocondriache e l'adeguata reazione emozionale, in una pseudo-nevrastenica, ora demente precoce, ricordo:

F. Maria di anni 33. Ha eredità positiva. È stata perfettamente sana fino a 2 anni fa. Cominció allora ad accusare disturbi ipocondriaci nell'ambito del tubo gastro-intestinale. Senza base reale *sentiva* con vero senso di bruciore, i cibi che le passavano dallo stomaco negli intestini. Le pareva di essere gonfia e stittica.

Cominciò a mangiare poco, si impressionò, divenne melanconica ed abulica. Numerose cure portarono transitori giovamenti. Subentrano in seguito veri disturbi psichici, il contegno diviene mutevole, si inizia un delirio persecutivo, e di gelosia con atti impulsivi in relazione. Così ha principio il quadro della demenza precoce ebefrenica.

Un esempio di delirio ipocondriaco in un caso di nevrastenia grave, con caratteristiche di mutevolezza ed assurdità pari a quelle descritte nel pseudo-nevrastenico alle soglie della demenza precoce, è il seguente:

A. E. di anni 21, di Venezia. — Ha eredità psicopatica positiva; a 12 anni è colpita da infezione tifoide, e le residuano disturbi nervosi varî, senza manifestazioni veramente isteriche. Di contegno ordinato, ha umore facilmente mutevole; ora è gaia, ora è depressa e passa bruscamente dall'uno all'altro stato. Manifesta quasi di continuo idee ipocondriache, vaghe, mutevoli, a contenuto strano ed incoerente. Un giorno è ammalatissima, il giorno successivo dice di stare splendidamente bene. Ora si lagna di essere mal curata, ora si profonde in grazie ed in richieste di pareri sui suoi mali.

Appare alquanto deficiente nella critica; vorrebbe una medicina nuova ogni giorno, per la sua malattia fisica che non sa definire; si ritiene

anemica ed è pletorica. Generalmente inquieta, appare dubbiosa di ogni suo atto, incerta, indecisa.

Dorme poco alla notte perchè respira male « essendo il suo letto verso la parete opposta a quella del giardino ». Dopo qualche mese di cura, migliora.

L'esame psichico la dimostra in condizioni di perfetta integrità salvo una leggerissima depressione.

Ad accrescere ancora le difficoltà che si oppongono ad una netta differenziazione tra gli stati morbosi che ci occupano, abbiamo un certo numero di forme che diremo « intermedie », tra la nevrastenia e la demenza precoce; forme cioè che presentando una sintomalogia prevalentemente costituita da fatti di abulia e da preoccupazioni ipocondriache, per decorso e per esito tengono alquanto dell'una e dell'altra forma morbosa. Come pure meritano rilievo quei casi di nevrastenia, ricordati anche dal FRIÉDMANN (17), in cui v'è temporanea ma profonda lesione pel discernimento con idee deliranti a tinta depressiva, e stati ansiosi con propositi suicidi.

Ciò che rende vano il concetto di differenziazione tra nevrastenia e psicosi (e specialmente demenza precoce) basato sui due criteri di integrità del discernimento e del sentimento. Ed altre forme ancora di pura nevrastenia rilevano nel malato una perdita notevole dell'impero sulla sua coscienza, per cui egli non è più in grado di dirigere le idee a norma della sua volontà, di rintuzzare gli impulsi, i quali ultimi, per la loro importanza come sintoma, dirigono il nostro pensiero alla demenza precoce. Viceversa si danno casi di demenza precoce in cui, come ricorda anche M.lle PASCAL, il processo morboso si arresta dopo un lieve attacco spesso a tinta nevrastenica, ed il malato non necessita perciò di essere ricoverato, e permane in condizioni di apatia, di indifferentismo, di noncuranza. In tali casi l'apprezzamento del deficit intellettuale è molto difficile, e la difficoltà diagnostica fu già notata da autori come MASSELON, SERIÈUX, MONOD, CROCQ, KALBAUM, DIEM, TROMMER ecc.

Pure nel campo della sintomalogia ipocondriaca abbiamo le forme intermedie. Il BIANCHI (18) afferma, che la forma nevrastenica di psicosi ipocondriaca può confondersi colla psicosi sensoria (di cui, se-

---

(17) *Friédmann* — Ueber neurasthenische Melancholie — (Allgm. Zeischr. 1904 p. 338).
(18) *L. Bianchi* — l. c.

condo i suoi concetti, la demenza precoce è un esito), perchè esistono forme intermedie, che difficilmente si possono assegnare all'una e all'altra delle ricordate malattie.

Pure Kraepelin (19), accenna ad un piccolo gruppo di casi caratterizzati da uno sviluppo graduale di una *semplice demenza ipocondriaca*, in cui è apprezzabile il senso, sempre più intenso, della incapacità psichica e somatica, associate a varie sensazioni morbose, ciò che fa sì che gli infermi rinuncino gradualmente, ed in modo durevole, a qualunque attività divenendo ottusi, sciocchi, indifferenti, senza la presenza di disturbi psico-sensoriali o di delirio. Di forme che presentano con le suddescritte analogie molteplici, specialmente per la sintomatologia iniziale, in prevalenza nevrastenica, io, pure ho avuto occasione di occuparmi di recente (20). —

Di un'ultima sindrome, facile fonte di errore, credo opportuno far cenno, cioè dell'*istero-nevrastenia*. E questa doppiamente può presentare ostacoli alla differenziazione che ci occupa, perchè esistono con frequenza, quale prodromo della demenza precoce, oltre sindromi nevrasteniche, anche sindromi isteriche (21). Com'è naturale, più facilmente nella donna si ha la *istero-nevrastenia*, e tale associazione, morbosa che rivela stimmate isteriche e nevrasteniche che si associano e si influenzano senza mai assorbirsi, richiede anzitutto la sua esatta diagnosi, basata sull'unione dei fatti di suggestibilità, di menzogna e simulazione a carico dell'isteria, coi fenomeni di tristezza, di abulia, di ipocondria, a carico della nevrastenia. Per gli stati che diremo pseudo-istero-nevrastenici, come prodromi della demenza precoce, oltre le difficoltà diagnostiche differenziali nei riguardi della vera nevrastenia s'incontra la necessità di distinzione dei sintomi del vero isterismo; ciò che secondo l'Obici (22) che si occupò dell'argomento, è notevolmente indaginoso. —

L'esame, sin qui protratto, dei principali concetti di differenziazione tra vera nevrastenia e pseudo-nevrastenia prodromica, della demenza precoce, ci sembra possa dimostrare che nessuno di essi, preso a sè, ha valore speciale, ed in via assoluta e costante. Come

---

(19) *E. Kraepelin* — Trattato di psichiatria. Vol II VII Edizione.
(20) *A. Salerni* — l. c.
(21) *G. Obici* — Intorno ai rapporti tra le « Psicosi isteriche » e la « Demenza primitiva (Giornale di Psich. Clin. e Tecn. Manic. 1904. Fasc. I-II).
(22) *G. Obici* — l. c.

dicemmo, verso vedute speciali abbiamo creduto utile volgere la indagine, riferendoci allo studio « dello stato di dubbio » e comprensivamente delle idee fisse. I risultati ottenuti sembrano degni di menzione, benchè non sia prudente per la difficoltà e la delicatezza dello studio, affermarli come definitivi.

Ricordiamo in breve come « lo stato di dubbio » sia stato eretto dal CAPPELLETTI, con lucida dimostrazione, quale stigmata psichica sovrana della nevrastenia; come *le idee fisse* debbano considerarsi determinate dall'ipertrofia del dubbio nevrastenico; come dato il potere critico che quest'ultimo presuppone, ci sia sembrato opportuno indagarne la presenza e le modalità nei pseudo-nevrastenici poi dementi precoci, nei quali malati la perdita del potere discriminativo è una delle principali e più prossime conseguenze dell'indebolimento mentale primitivo. Non é sempre evidente lo stato di dubbio neppure nei veri nevrastenici, ma un'accurata indagine ne rivela costantemente l'esistenza anche quando, come accenna il CAPPELLETTI, il malato per retrosia e debolezza tenta mascherarlo. Tale dubbio poi assume generalmente caratteri alquanto diversi, a seconda che ci si trova dinanzi a fenomeni di nevrastenia originaria od acquisita; assumendo nei primi una maggiore uniformità di decorso, ma in relazione colle oscillazioni della malattia, mostrando nei secondi minor vastità, organizzazione meno solida od una più netta limitazione alle idee riguardanti la malattia.

Per tutto questo, poichè sintomi dell'una e dell'altra specie si presentano nei prodromi della demenza precoce, fu necessario tra essi distinguere nella nostra indagine.

E questa per lo studio dei varii malati, ci ha indotto a concludere *che nelle sindromi di nevrastenia acquisita prodromiche della demenza precoce, lo stato di dubbio non esiste.*

Intendiamo con ciò escludere quella forma primordiale di dubbio che rende l'individuo, in continuo controllo sulle proprie azioni e sul proprio stato, per cui si sottopone ad una vera ipercritica, paralizzandosi nell'azione e divenendo pessimista e sfiduciato di tutto. Nel futuro demente precoce, non si rileva inoltre neppure la facilità, la leggerezza nel considerare le cose e nel decidere, che sono caratteristiche differenziali della pseudo-nevrastenia prodromica della demenza paralitica. Va considerato invece nei malati nostri, uno stato diverso dall'ipercritica e l'assenza di critica, rispecchiante una passività tutta speciale, che non è ancora indifferentismo, perchè concede reazioni emotive, ma che non arriva al di là della semplice preoccu-

pazione. Ricordiamo a suffragio di ciò i casi descritti dal LAMBRANZI nelle sua memoria, il secondo caso citato dal TANZI nel suo volume, tutti i malati con manifestazioni ipocondriache da me ascritti alla *demenza semplice*. Inoltre, a dimostrazione della patognomonicità dello stato di dubbio in un caso pur complesso, ricordo l'ultima osservazione da me citata a proposito del delirio ipocondriaco; nella quale contro sintomi ipocondriaci fallaci, e inducenti a pensare alla demenza precoce, figura il solo stato di dubbio quale sussidio per l'esatta prognosi.

Non ci attardiamo in considerazioni sulla ragione dell'assenza dello stato di dubbio in tali forme di pseudo-nevrastenia, perchè n'è sufficiente spiegazione la lesione del potere discriminativo, primitiva, e preludente l'indebolimento mentale grave in corso di sviluppo. Affermiamo invece d'altro canto, e sull'appoggio delle nostre osservazioni, che, differentemente dagli stati di nevrastenia acquisita ci è dato concludere per le sindromi di nevrastenia originaria, che coincidono colla demenza precoce, perchè in esse *la stigmata psichica del dubbio è manifesta,* non però allo stato primordiale, ma *sotto forma di vera follia del dubbio ed il più spesso sotto l'aspetto di idee fisse impulsive.*

Il quadro sintomatologico appare chiaramente in accordo colle particolarità caratteristiche della psicosi a cui prelude.

∴

Se infatti, seguendo i concetti del TAMBURINI (23), noi risaliamo alla genesi delle idee fisse, vi dobbiamo ammettere, non solo uno sviluppo anormalmente intenso dei processo di ideazione, ed una limitazione dell'associazione, ciò che è proprio della nevrastenia, ma una dissoluzione dell'attività volontaria in progressivo aumento, dalle forme più semplici, alle forme più gravi; ciò che è caratteristica costante anche della demenza precoce. Abbiamo accennato ad una varietà speciale di idee fisse, alla varietà impulsiva! Questa poichè dette idee hanno aspetto diverso secondo il grado della loro intensità; e a seconda della compartecipazione di altri elementi (CAPPELLETTI) ne rappresenta lo stadio estremo non facile a riscontrarsi comunemente

(23 *A. Tamburini* — Sulla pazzia del dubbio con timore di contatto (Riv. Sper. di Fren. a. 1883 pag. 98).

nella nevrastenia; sono idee e sentimenti che si presentano in modo coatto ed assumono carattere di impulsi per coazione irresistibili che attenuano la capacità di resistenza psichica. Però la sintomatologia delle idee fisse sin qui esposta, e che ricorda lo stadio più grave della nevrastenia abbisogna di particolarità differenziali, necessarie anche di fronte a forme intermedie, che oscillano tra nevrastenia grave e indebolimento mentale primitivo. Così va ricordato come il TAMBURINI (24) affermi che nel periodo più grave della follia del dubbio i fenomeni possono divenir permanenti, per cui i malati, pur serbando coscienza del proprio stato e dell'anomalia dei loro atti, perdono l'istinto di socievolezza, isolandosi completamente dal mondo. Finchè, restringendosi ed offuscandosi la cerchia delle idee, i malati si fanno irrequieti, passano il tempo in continua irritazione ed inerzia quasi completa. Però, osserva l'A., malgrado questi sintomi che parrebbero indicare un indebolimento completo di tutte le funzioni mentali, i malati non cadono mai nella demenza. Ricordiamo la I.ª osservazione del nostro lavoro sulla « Demenza primitiva semplice » che presenta analogie molteplici col descritto quadro sintomatico, mentre l'esito vi fu certamente demenziale. E sempre a proposito di *forme intermedie*, va rilevato come il KRAEPELIN nel suo « *Compendio di Psichiatria* » (25) accenni alla prognosi sfavorevole di numerosi casi di « *mania del perchè* » e di « *delirio di contaminazione* » asserendo come in tali casi vi possano essere guarigioni precarie, o piuttosto lunghe remissioni, e vi esista già precedentemente un certo grado di debolezza psichica, che nel corso degli anni va a poco a poco crescendo, mentre le idee fisse sembra degenerino in stati melanconici o paranoici.

Ci sembra utile riprodurre, perchè attinente a tali considerazioni, il seguente caso clinico:

M. S. di anni 48, nubile di Venezia, ha eredità positiva. Pare sia stata già ricoverata per fatti di eccitamento attribuiti ad isterismo, e fenomeni susseguenti di abulia e concentrazione. La sintomatologia presente e passata si può riassumere così: in tutti i bisogni della vita ha sempre presentato una indecisione massima: pensa e ripensa ad ogni atto, e non si

(24) *A. Tamburini* — *l. c.*
(25) *E. Kraepelin* — Compendio di Psichiatria, (Traduzione del D.r R. Brugia. — Vallardi 1885).

decide mai. É rupofoba allo stadio più esagerato, e la fobia, intensificandosi la ha ridotta generalmente abulica per timore continuo di contaminazione. Ad evitare ciò, si sottopone a misure preventive, e si obbliga ad una vita oltremodo strana ed antisocievole ; ciò che rende impossibile la sua dimora in qualsiasi luogo che non sia l'Istituto. La fobia di contatto si esplica anzitutto pel suo corpo, per cui anche l'inverno si sottopone ad abbondanti e ripetute abluzioni di acqua fredda; arriva a lavare perfino l'interno delle sue scarpe. Porta vestiti leggerissimi, non vuol calze neppure d'inverno, perchè « le fanno freddo ». Vorrebbe bruciare i vestiti che smette, per timore che altri, mettendoli, si contaminino; rifiuta le stoffe color avana, perchè le ricordano lo sterco. Ha preoccupazioni ipocondriache, per cui non mangia alla sera per non sentirsi pesante, ha spesso la sensazione di avere il viso duro; farebbe a meno di nutrirsi pur di non defecare. La rupofobia ha il suo riflesso pure nel contenuto ideativo, per questo quando scrive, evita le parole come *ano*, *cesso*, *urinare*, ecc. Con tutto ciò la paziente, a cui forse si potrà addebitare una leggera deficienza critica originaria, si presenta dal lato psichico solo con un lieve difetto di attenzione, dovuta alla tirannia, in ogni istante, delle sue preoccupazioni. Essa ha coscienza relativa delle sue stranezze, ma ritiene che « a vincere tali passioni ci voglia una grande energia » che essa non possiede. Ha memoria buonissima, conserva nozioni di varie lingue straniere, é affettiva a periodi, non però indifferente. Nessuna traccia, quindi di indebolimento mentale.

Dunque anche casi gravissimi di idee fisse della vera nevrastenia possono ingenerare difficoltà diagnostiche differenziali colle fobie della pseudo nevrastenia dei dementi precoci. É necessario quindi soccorrano caratteri di distinzione; e questa per i dati della nostra indagine, crediamo possa spesso aver base :

a) sulla scarsa coscienza, nei futuri dementi precoci, dell'assurdità e del ridicolo che informa l'idea fissa.

b) Sulla conseguente breve lotta, e scarsa reazione emotiva alla tirannia dell'idea: per cui la vittoria di questa è facile, e induce all'estremo limite di gravità, traducendosi spesso in azione con atti impulsivi.

Può succedere inoltre come pure il TANZI ha rilevato, che non una sola idea fissa domini la mente del pseudo nevrastenico, ma che dette idee si succedano a frotte, sempre però legate tra loro da un nesso di successione. sino a generarsi un vero e proprio delirio.

Un esempio, che accoglie chiaramente in sè tali considerazioni, è il seguente.

M. Q. di anni 36, nubile, possidente, ha eredità positiva, ed è nevropatica sin dai primi anni, impressionabile, irascibile. D' intelligenza pronta, di memoria buonissima, educata, studiosa, apparve qualche anno prima del suo ricovero, incerta dei suoi atti, timorosa sino a giungere ad angosciose preoccupazioni.

Guarì completamente da tali disturbi, ma per poco; riapparvero questi sotto l'aspetto di vera follia del dubbio, per fatti di importanza trascurabile, e tra i più comuni, senza che la paziente, pur vegeta ancora nei poteri intellettivi, fosse capace di iniziare un controllo critico. Appariva piuttosto abbandonata ai suoi dubbi, concernenti, ad esempio, l'atto del mangiare, secondo lei inopportuno in certe ore, l'andare a letto, l'uscire a passeggio, il leggere un libro piuttosto che un altro. La breve coscienza del suo male, le continue indecisioni su ogni più piccolo atto, indussero successivamente la paziente nel concetto di non poter più vivere così, e facilmente l'idea suicida ebbe in lei il sopravvento, e fu per tradurla in atto, per cui venne ricoverata. Si presenta timorosa, ma subito negativista quando la si voglia far decidere. Parla con frasi staccate, non sta più a letto, risponde a fatica, ripetendo « non vorrei che . . . precisamente che . . . ». Subentrano in seguito idee di verificazione per paura di avvelenamento; da queste, ad un vero delirio persecutivo, è breve il passo. Poi la paziente si fa tranquilla e fatua, con idee di indegnità e di grandezza notevolmente sconnesse. Scoppia quindi in un vero eccitamento ebefrenico, con clamorosità e tendenze impulsive.

L'esame delle sindromi pseudo nevrasteniche dei prodromi della demenza precoce, ci ha concesso di rilevare in esse alcune caratteristiche che possono essere di utile sussidio diagnostico, di fronte alla necessità di una prognosi. Però poichè dette sindromi debbono essere staccate dalla vera nevrastenia dobbiamo ascriverle a qualche gruppo clinico. Tenendo presente le caratteristiche dei casi ricordati, in cui rilevammo la variabilità delle reazioni individuali, le modalità varie, le sfumature cliniche, ci possiamo concedere l' affermazione, che in essi casi, la nevrastenia, non è, come nota M.lle Pascal che « *un voile jeté* » sulla demenza, mentre l' espressione sintomatica riunisce in apparenza le due affezioni, nevrastenia e demenza, poichè il cervello umano non ha a sua disposizione, per tradurre le sue sofferenze che un numero certo e costante di reazioni. Ma poichè i prodromi nevrastenici della demenza precoce, vedemmo, con assoluta prevalenza essere dissimili dalla pura sindrome fisica nevrastenica indicata dallo Charcot, vera astenia nervosa, semplice, acquisita, curabile, è lecito

ricorrere col pensiero alla separazione fatta di parte dei sintomi generali della nevrastenia col concetto della *psicastenia*, che, al contrario di quella, è manifestazione di una predisposizione lontana e profonda, ereditaria e congenita, senza cause accidentali, sviluppantesi in terreno degenerativo. E pure merita cenno la più recente distiuzione del GROCCO (26) della nevroiperstenia, sindrome nevrosica dipendente da disposizione congenita, con cause atte ad esagerarla fino ad un grado morboso (impressioni psichiche, eccitamenti, emozioni) e che si complica a forme isteriche ed a psicosi, così da poter nascondere in sulle prime una malattia mentale.

Va ricordata ancora l'opinione del REGIS, che ascrive la pseuso-nevrastenia agli stati nevrasteniformi di LEVILLAIN. Comunque, si presenta sempre più necessaria, in clinica, una netta distinzione, ultimamente pure affermata dal CROCQ (27), tra nevrastenia vera malattia curabile, senza predisposizione ereditaria, con genesi da esaurimento; *stati nevrasteniformi*, reale stigmata di degenerazione mentale, e infine, *sindromi nevrasteniformi* che accompagnano e precedono malattie organiche, con prognosi naturalmente legata a quella delle rispettive affezioni.

Noi però in base agli esposti risultati d'esame delle sindromi nevrasteniche iniziali della demenza precoce, se riteniamo necessario decisamente staccarle da qualsiasi forma di vera nevrastenia, crediamo pure di non poterle considerare a sè, isolatamente dalla psicosi a cui preludono, perchè di essa rivelano già molteplici elementi, se pur lievemente manifesti, i quali dimostrano come dette sindromi non siano se non parte integrale, sotto speciale aspetto, dell'iniziato indebolimento mentale primitivo.

Luglio, 1907.

(26) *P. Grocco* — Nevrastenia e Nevroiperstenia.

(27) *D.r Crocq* — La nevrastenia vera e le sindromi nevrasteniformi. (*Bullet.* de la Soc. de Médic. Mentale de Belgique, decembre 1906).

Manicomio Provinciale di Brescia
Direttore Seppilli

Considerazioni statistico-nosologiche sulla demenza precoce

PEL

Dott. Alberto Ziveri

Al rinnovamento dei concetti diagnostici in psichiatria che ha portato uno sconvolgimento nelle varie tassinomie, si è collegato necessariamente un novello lavoro di statistiche.

La demenza precoce che è stata in questi ultimi tempi uno degli argomenti più sfruttati in patologia mentale, sia dal lato etiologico, che dal sintomatologico, ha subìto pure i confronti statistici più o meno concordi dei diversi AA.

Ma la statistica che ha l'apparenza dell'esattezza perchè fa bella mostra di cifre, nasconde sempre una quantità di inganni, anche quando serve la medicina, data la continua evoluzione degli studi, e ancor più se è la branca psichiatrica quella che la invoca, come una scienza che si basa ancora sull'equilibrio instabile della sintomatologia vaga e mutevole delle manifestazioni psichiche.

Ciò premesso, e accettandone le conseguenze, l'abbiamo noi pure adattata al momento attuale utilizzandone alcuni dati per quanto riguarda la demenza precoce nella provincia di Brescia.

Levi Bianchini ha pubblicato alcuni anni fa un accurato lavoro di ricerche statistiche sui dementi ricoverati nel Manicomio di Ferrara traendone poi, con l'unire i suoi ai dati di altri AA., conclusioni d'indole generale.

Non trascurerò io pure e utilizzerò i confronti dei miei dati con quelli che i varii AA. hanno esposto sia in lavori particolari che in trattati.

Ho preso in considerazione nelle presenti ricerche, il numero totale dei dementi in rapporto a tutti i malati ricoverati nel 1906-07; la età di comparsa della malattia, le epoche di maggior frequenza, la ereditarietà, le cause apparenti etiologiche, il grado di intellettualità prima della comparsa della malattia. Premesso già il valore relativo

delle statistiche e ricordando quali fattori di inesattezze e di divarii la complessità e la diversità dei sintomi della malattia, l'elemento subbiettivo dei ricercatori e delle singole scuole, il carattere speciale del movimento nosografico di alcuni luoghi dove p. es. può esistere una ammissione forte di forme transitorie o per meglio dire accessuali (psicosi alcooliche, pellagrose, tossiche professionali) che può far viariare il valore percentuale, espongo qui appresso in tavole sintetiche i miei risultati statistici.

I — Popolazione totale e dementi precoci

Popolazione	Totale	Maschi	Femmine
assoluta	568	278	290
dementi precoci	142	78	64
percentuale	25 °/o	28 °/o	22 °/o

II — Età di comparsa per quinquenni

	10 a 15	15 a 20	20 a 25	25 a 30	30 a 35	35 a 40	40 a 45
maschi	1	10	29	22	11	6	2
femmine		4	26	14	3	4	1

III — Quinquenni di massima e minima frequenza

maschi	20 a 25	25 a 30	30 a 35	15 a 20	35 a 40	40 a 45	10 a 15
	29	22	11	10	6	2	1
femmine	20 a 25	25 a 30	35 a 40 15 a 20	30 a 35	40 a 45		
	26	14	4	3	1		

IV — FORME

	Ebefreno - catatonica	Paranoide
Maschi	80 °/o	20 °/o
Femmine	87, 5 °/o	12, 5 °/o

V — EREDITARIETÀ E FAMIGLIARITÀ PSICOPATICA (*)

Totale		Positivo	Negativo
Maschi	78	42	18
Femmine	64	39	19

VI — MOVENTE ETIOLOGICO APPARENTE

Cause esaurienti miseria		Infezioni	Trauma fisico	Cause psichiche	Nessun movente
Maschi	8	6	1	13	36
Femmine	13	7		15	13

VII — GRADO INTELLETTUALE ANTERIORE ALLA MALATTIA

Elevato		Buono o comune	Scarso	Frenastenia
Maschi	1	47	26	1
Femmine		41	14	

(*) In queste e nelle tavole segnenti la somma dei casi considerati é minore del totale dei dementi: la differenza corrisponde ai casi per i quali non si é potuto aver informazioni sufficienti.

Tra i recenti dati ricordiamo quelli dei francesi CRISTIAN che dà il 5 °[o del totale delle ammissioni; SERIEUX il 13 °[o. CROCQ il 15,66 °[o — LEVI BIANCHINI dà il 28 °[o delle intere psicopatie. TANZI afferma che i dementi precoci rappresentano il 25 °[o dei ricoverati nei manicomii e il KRAEPELIN pone una percentuale del 14-15 °[o sul totale dei malati, ALBRECHT arriva al 29 °[o, WOLFSOHN al 30 °l o. Il rapporto da noi trovato è di 25 °[o sul massimo numero dei ricoverati. Ho eliminato le forme che lasciavano alcuni dubbi sulla diagnosi; pertanto allo stato attuale posso dire che la mia percentuale concorda con quella dei due AA. italiani citati; la cifra è ancora piuttosto elevata confrontandola a quella di KRAEPELIN.

Soffermandosi al confronto delle cifre brute parrebbe che la Francia fosse la nazione privilegiata! Ma questo non è, e la causa del divario non è la nazionalità ma precipuamente, come si è detto, un complesso di diversi fattori per lo più soggettivi, basta p. es. confrontare i dati dei due francesi: CRISTIAN e CROCQ, e di due tedeschi KRAEPELIN e ALBRECHT. Riguardo alla forma della demenza LEVI BIANCHINI dà 56 °[o ebefrenici, 8 °[o catatonici, 36 °[o paranoidi e per i sessi nei maschi 48 °[o ebefrenici, 9 °[o catatonici, 43 °[o paranoidi, nelle femmine 64 °[o ebefrenici, 7 °[o catatonici, 29 °[o paranoidi. KRAEPELIN che dà una cifra del 14-15 °[o sul totale delle ammissioni dice che di esse il 5-6 °[o rappresenta le forme ebefreniche e catatoniche, il rimanente le forme paranoidi. Dai nostri dati risulta che la forma paranoide ha una percentuale superiore nel sesso maschile rispetto al femminile (20 °[o contro 12,5 °[o); il complesso ebefreno-catatonico dà una percentuale assai elevato in ambo i sessi.

Nel giudizio dell'età il dato dell'esordio è uno dei più difficili a essere esatto (la teoria degenerativa abolirebbe tale difficoltà); per lo più i prodromi, i primi sintomi sfuggono e non vengono considerati dalle famiglie, quindi le informazioni che si possono attingere da queste sono relative; sono più fortunate le osservazioni di chi si occupa di pedagogia scientifica. Viene per le osservazioni di questi ammessa una *demenza precocissima* che appare nei primi anni di vita e che in seguito può benissimo venir confusa con la frenastenia; però il DE SANCTIS fa osservare giustamente che è possibile confondere alcune psicosi che non compaiono raramente nei fanciulli dai cinque agli otto anni (stati sognanti isterici, forme deliranti strane che sembrano paranoie in miniatura, psicosi allucinatorie) con la demenza precoce e così pure la demenza epilettica che non è rara.

Dall'altro canto vi sono le forme che iniziano a età protratta verso i 40 anni e perfino dopo i 50 anni parlandosi in tal caso, con denominazione poco felice di *demenza precoce tardiva.* Anche di questo problema si è occupato recentemente il De Sanctis, e a questo proposito crede fare delle riserve, dicendo che tali casi debbono accettarsi con beneficio d'inventario; il criterio sintomatologico (stereotipie, negativismo, allucinazioni, deliri assurdi) non gli pare sempre sufficiente e ricorda poi come in certi casi la diagnosi viene praticata sulla base dei sintomi classici della psicosi, ma piuttosto per esclusione. Egli non sarebbe contrario a che in taluni di questi casi si ponesse ancora la diagnosi di psicosi allucinatoria come fanno Zichen Wernicke, Séglas, Bianchi, Morselli ecc. o di amenza o confusione cronica come ammettono i francesi ecc. ricordando ancora come lo stesso Kraepelin ammetta la possibilità di scomporre la farraggine delle osservazioni di d. demenza precoce in altre forme ben delimitate, abbandonando la denominazione collettiva di d. precoce che ha solo valore esplicativo e provvisorio.

Giustamente poi ammette che molte forme tardive non siano che *ritardate* avvertendo che con la investigazione si notano spesso nell'età giovanile sintomi premonitori, a parte l'eredità. Il Kraepelin non si sa spiegare come mai un organismo psichico che fino all'età adulta si è sviluppato regolarmente e vigorosamente, debba senza causa apparente a un tratto arrestarsi nello sviuppo e dissolversi; la più grave predisposizione ereditaria non basterebbe a spiegare questo fatto straordinario. « E allora, dice De Sanctis, siamo in tema di nosografia, non basta la sindrome per determinare un aggruppamento; perchè non pensare che in quei casi si tratti di un'altra psicosi che non sia la demenza precoce? »

Seguendo i concetti kraepeliniani di una intossicazione di origine sessuale e precisamente in relazione alla crisi della pubertà; in questa epoca si dovrebbe trovare massimamente l'esordire della malattia, ma le statistiche portano quasi sempre un inizio posteriore, sebbene ancora giovanile, cioè prima dei 25-30 anni. È vero che si è voluto inglobare all'intossicazione di origine sessuale anche altre crisi sessuali (gravidanza e puerperio, menopausa e involuzione) e con ciò spiegare l'insorgere della malattia in età matura e anche avanzata. Per quanto riguarda il puerperio avrò occasione di parlare ancora quando accennerò alle cause; riguardo poi alla demenza tardiva quale

psicosi d'involuzione del periodo presenile, pur non negandola in alcuni casi, mirando a quanto è stato detto poco sopra.

Premesso il fatto che la forma ebefrenica tiene il primato nell'insorgenza precoce, mentre la forma paranoide sta all'estremo tardivo, in complesso i quinquenni di maggiore frequenza sono poi risultati in più osservatori quelli compresi fra i 20 e i 25 e i 25-30 (Serieux, Meens, Levi-Bianchini). Ad ogni modo la somma dei casi iniziati prima dei 25 anni, supera sempre quella dei casi d'insorgenza posteriore (Serieux, Christian, Crocq, Levi-Bianchini, Masselon, Kraepelin, Albrecht ecc.).

Le nostre medie infatti non smentirono questi dati; il quinquennio di maggiore frequenza fu, per ambo i sessi, il 20-25 e subito in seguito 25-30. Trovai poi un sol caso iniziato tra i 10 e i 15 anni, concernente un soggetto maschio, e tre iniziati dopo il 40° anno, di cui uno in un soggetto femminile e due in soggetti maschi. Farò ancora notare che circa il primo inizio le notizie dei parenti sono sempre incerte, quindi in molti casi lo si potrebbe forse portare in epoca più giovanile: in molti soggetti si notava prima dell'insorgenza della malattia, bizarria del carattere, taciturnità, instabilità.

La frequenza dell'eredità nervosa-vesanica nella malattia è evidentissima, e, certo quale causa predisponente deve avere non poca importanza, analogamente a ciò che è ammesso in patologia per moltissime e svariate malattie (discrasie, malattie del ricambio, neoplasie, tubercolosi ecc. ecc.). A questo proposito il Tanzi scrive che la d. precoce è forse fra tutte le malattie mentali, la più ereditaria e il Kraepelin dà una ereditarietà del 70 o[o, Crocq del 66,08 o[o, Levi-Bianchini nelle sue ricerche comprendendo la ereditarietà nevropatica e vesanica ascendente e collaterale trovò il 59 o[o. Albrecht trova labe ereditaria nel 56 o[o, Mondio in uno studio speciale su 31 malati, li riscontrò tutti tarati ereditariamente. Wolfsohn nella Clinica di Zurigo ha trovato ereditarietà nel 90 o[o ma ha tenuto conto di 4 fattori: l'eredità mentale, la nervosa, l'alcoolismo, e i caratteri anomali; la tara ereditaria mentale è rappresentata nel 64 o[o dei casi. Non ho tenuto conto che della *ereditarietà psicopatica* (compresa l'epilessia e l'isterismo) e l'ho trovata sopra 141 casi, positiva 81 volte cioè nel 57,5 o[o, con non molta differenza nei due sessi.

Ho poi trovato quattro casi di famigliarità, uno rappresentato da

tre sorelle, un altro da due fratelli, un terzo e un quarto dati da fratello e sorelle.

In quanto all'etiologia della malattia sono note le diverse interpetrazioni: la degenerativa, l'autotossica. Le statistiche e le osservazioni isolate però hanno dimostrato come lo scoppio, l'esordio della malattia può essere in chiara dipendenza a moventi ben definiti (infezioni, traumi) e a moventi meno spiccati ma ad azione lenta e continuativa (lo strapazzo e le cause esaurienti in senso lato) che ne rappresentano così le vere cause occasionali. D'altra parte bisogna riconoscere che (a parte l'eredità) in circa la metà dei casi l'esordire della malattia appare protopaticamente. Albrecht trovò che solamente nel 4,5 o[o di tutti i casi pare abbiano agito cause esterne a sviluppare la malattia (prigionia, influenza, trauma, allattamento). Dalla mia statistica risultano 49 casi iniziatisi senza cause apparenti contro 64 casi in cui precedette un movente etiologico, e per questi le cause psichiche furono le più frequentemente accusate e cioè 28 volte su 113 casi; più nel sesso femminile (15[48) che nel maschile (13[64). Ma mi pare che si debba concedere un valore alquanto relativo a tale movente perchè troppo dipendente dalla soggettività degli informatori. Esso è assai variato: spavento, delusioni amorose, morte di congiunti, eredità o interessi andati a male. Gli A. A. hanno inoltre invocato la vita militare e l'incarceramento come condizioni propizie allo scoppiare della malattia. E qui è giusto considerare, come fanno parecchi osservatori, che in questi casi probabilmente certi sintomi che già esistevano e passavano inosservati ebbero campo a estrinsecarsi meglio, a peggiorare e cadere per ciò sotto l'osservazione.

A proposito dell'incarceramento, Pighini che su 114 condannati ha trovato 56 dementi precoci; sebbene ammetta che in alcuni casi la prigionia abbia potuto sinistramente influire sullo sviluppo della d. precoce la quale si è sviluppata dopo alcuni anni di carcere; afferma poi che nel 50 °[o dei suoi casi può coscientemente asserire che la malattia era già in atto all'epoca in cui veniva commesso il delitto.

Noi non abbiamo che il caso di un omicida che trascorse otto anni al Manicomio Criminale di Montelupo, ma alle indagini risulta che la malattia aveva iniziato (su un soggetto già deficiente) prima del delitto e della condanna.

Le cause esaurienti (strapazzo, miseria ecc.) nella mia statistica risultano 21 volte e qui ancora più nella donna (13[48) che nell'uomo (8[64); ma è da considerare che fra le cause esaurienti nella donna

sono comprese quelle a cui sfugge l'uomo, cioè gravidanze ripetute, puerperio, allattamento, cause che si trovano sempre riunite specie nella popolazione contadina e a cui quasi sempre si aggiunge quale altra causa esauriente l'alimentazione insufficiente e malsana. È noto come il Kraepelin ha dato allo stato puerperale importanza per lo sviluppo della malattia e prevalentemente delle forme catatoniche. Cristian ha fra i momenti esaurienti dato assai importanza al *surmenage* intellettuale imposto in organismi deboli o indeboliti specie se l'età è molto giovane e se esiste una debolezza originaria.

Il Kraepelin poi comprende tutte le cause esaurienti (compreso il nutrimento insufficiente) come cause di natura tossica, basandosi sugli studi che hanno dimostrato la formazione di tossici in ogni forma di stanchezza, e poichè egli avverte che nelle intossicazioni lente prevalgono i segni della paralisi psichica, mentre negli intossicamenti acuti si hanno stati confusionali deliranti con disturbi sensoriali e agitazione non si può negare che le cause esaurienti agendo come cause intossicanti (sia lentamente che acutamente) debbano avere una sicura influenza nel determinare l'estrinsecazione della malattia con svariata sintomatologia (specie dei primordii) quando agisca su cervelli predisposti. E voglio qui ricordare come ancora il Kraepelin a proposito della influenza delle intossicazioni nella etiologia della pazzia accenna ad alcuni casi di avvelenamento per solfuro di carbonio che determinarono sindromi del tutto simili a quella demenza precoce.

L'infezione è pure una causa che deve avere una relazione indubbia nello sviluppo della malattia. Sono state invocate varie infezioni acute (tifoide, influenza, febbre puerperale, scarlattina) e croniche (tubercolosi e sifilide).

Kraepelin nel 10-11 °[o] dei suoi malati ha trovato precedenti malattie infettive acute specialmente tifo e scarlattina, però di regola molti anni prima dello scoppiar della malattia, per cui non crede di poter affermare un nesso intimo, tuttavia riconosce che in alcuni casi subito dopo l'infezione sono comparsi fenomeni che hanno preceduto la malattia quali esauribilità ed eccitabilità abbassamento della capacità fisica al lavoro psichico.

Nella mia statistica ho riscontrato precedente malattia infettiva (per lo più febbre tifoide) in 13 casi (su 112) e più frequentemente nel sesso femminile (7|48) che nel maschile (6|62); in alcuni casi è decorso uno spazio di tempo anche lungo senza fenomeni speciali; in altri casi sono preceduti perturbamenti acuti a carattere amenziale

con fenomeni sensoriali spiccati, negli altri il decadimento psichico è insorto meno tumultuosamente, ma più subdolamente e con sintomatologia svariata (disturbi nevrasteniformi, stato confusionale protratto, alterazioni del carattere, fenomeni deliranti ecc.).

Qui riporto il riassunto di sette casi più interessanti di cui in sei l'infezione è rappresentata dalla febbre tifoide, e nei quali fra decorso dell'infezione e inizio della malattia corre così breve tempo da non poter negare un nesso etiologico degno di nota. Più innanzi avrò occasione di discutere questi casi.

OSSERVAZIONE I. — *Ven. . . . Cesare* d'anni 33 — L'eredità famigliare é negativa. Nella sua infanzia e giovinezza nulla è risultato degno di nota, se non altro che fu amante del vino. A 22 anni fu colpito da febbre tifoide con pronunziati disturbi psichici. Guarì dall'infezione ma i fenomeni mentali non sparirono: cominciarono a notarsi fenomeni deliranti paranoidi a carattere persecutorio e accompagnati da disturbi sensoriali — Abbandonò il lavoro e fuggì diverse volte da casa senza lasciar avviso giungendo in città lontane come a Genova e a Milano — Per questi fatti fu ricoverato al manicomio e precisamente nell'ottobre del 1898, due anni dopo la sofferta infezione. Fin dall'inizio mostrò grande variabilità nel l'umore con accessi di impulsività violenti. Orientato, mostrava però ragionamento incoerente, assurdo: affermava d'esser repubblicano e non sapeva che cosa è repubblica: esprimeva idee deliranti di persecuzione, credendo che tutti lo minacciassero e sentendo voci insultanti e minacciose. L'affettività spenta, a volte sitofobo, a volte piangeva senza darne la ragione. Dopo un anno lo stato demenziale si aggravò notevolmente — Insorsero poi in seguito stereotipie d'atteggiamento e di movimento, mutismo, indifferenza all'ambiente, apatia profonda.

In tale stato si trova tuttora — Egli però riconosce ancora le persone. Ha avuto un periodo di grave deperimento fisico: dimagramento, anemia, edemi ai malleoli, diarrea e non si è ancora rimesso.

OSSERVAZIONE II. *F. . . . . Angelo* d'anni 26 — Ereditarietà notevolmente compromessa; la madre è ricoverata al manicomio, uno zio si uccise, un altro vivente e qualificato come stravagante.

Dimostrò nella fanciullezza indole buona e intelligenaza — A nove anni soffrì di disturbi menengitiformi, dei quali guarì in apparenza completamente — Nel 1903 fu colpito da infezione tifoide cui seguì immediatamente uno stato delirante confusionale per cui fu ricoverato in un manicomio privato. Dopo tre mesi sembra si fosse rimesso bene tanto che fu licenziato: ma nel giugno del 1905, sembra in seguito a strapazzo fisico, si rinnovarono i di-

sturbi a carattere delirante confusionale e di nuovo ricoverato nel medesimo asilo. Ne uscì nell'agosto 1906, perchè quieto, ma non guarito presentando dissociazione psichica, verbigerazione, incapacità a qualsiasi occupazione, variabilità nell'umore, poca affettività: avendo commesso atti impulsivi immotivati viene rimandato al manicomio e questa volta entra nel nostro istituto, nell'ottobre dello stesso anno.

All'entrata è in preda a una loquacità continua. Le frasi si susseguono rapidamente senza alcun verso logico: talora per assonanza: l'attenzione è minima, e basta ogni minimo mutamento nell'ambiente, ogni oggetto che gli capita sotto l'occhio perchè venga mutato e deviato continuamente il discorso — Non presta attenzione ad alcuna domanda. Persistette in questo stato parecchi giorni poi si calmò e si poterono ottenere da lui risposte adeguate, dalle quali risultò che la sua memoria era conservata e la orientazione normale. — Risaltava però una deficienza psichica, uno stato d'apatia: dimostrando scarsa affettività, ma anche un certo desiderio di libertà. A questo stato durato alcuni giorni succedette un periodo di agitazione, con verborrea e scatti d' impulsività. Il ragionamento assurdo incoerente — Nulla l'attenzione — E da allora fino all'epoca attuale ha sempre alternato periodi brevi di una certa calma, in cui è un poco ordinato, quieto, depresso, con altri periodi d'agitazione e impulsività analoghi ai descritti. Persiste sempre la mancanza di affettività, l' incoerenza della condotta e dei ragionamenti e la nota d' indebolimento psichico. Noncurante della persona, non però sucido — Non si sono ancora notati fenomeni di negativismo nè stereotipie.

Osservazione III. *M. Luigi* d'anni 55 — Il padre era uomo violento, alcoolista. Il *M.* fu sempre di indole chiusa e tetra. Fece 5 anni di seminario ottenendo la licenza ginnasiale. A 19 anni andò come volontario allievo carabiniere, ma dopo due anni ammalò di tifo con enteroragie cospicue dopo di che rimase anemico e fu riformato. In seguito ottenne un impiego nella amministrazione tramviaria ma venne dopo breve tempo licenziato (non si sa bene perchè) allora rimase in casa ad aiutare la madre che tiene negozio d'osteria, ma sembra che la sua attività consistesse nell'abusare del vino e degli alcuolici tanto che la madre era costretta a tenere sotto chiave le bevande spiritose. Circa 6 mesi prima il suo ricovero cominciò a manifestare idee deliranti di persecuzione, credeva che in paese vi fossero persone che lo vedessero di mal'occhio e che qualcuno volesse impadronirsi dei suoi averi o per lo meno entrare e spadroneggiare in casa sua — Per ciò aveva acquistato una rivoltella che portava sempre carica, e teneva vicino al letto un fucile pure sempre carico. Non ha però mai specificato le persone che sospettava pericolose per lui — Essendo in questo stato e temendo facesse qualche guaio fo ricoverato al manicomio nell' aprile di questo anno. En-

trando si mostrò calmo, salutò colla massima indifferenza la madre che piangente lo accompagnava: indossò senza difficoltà l' abito di ricoverato senza mostrare la minima reazione al nuovo ambiente in cui veniva a trovarsi. Rispose sempre esattamente alle domande, mostrando percezione, orientazione, attenzione e memoria normali. Ciò che colpiva era la sua grande indifferenza e apatia e la mancanza d' affettività. Alla madre che veniva a trovarlo non rivolgeva neppure parola. A volta scoppiava in risate di cui domandata la ragione non sapeva dire il perché. Affermò sempre di credere che in paese esistessero dei malintenzionati a suo riguardo ma anche esprimendo questi suoi giudizî rimaneva sempre freddo, indifferente. Non mostrò mai disturbi sensoriali e non volle mai occuparsi. Desiderando egli di andare a casa e la madre di riprenderlo dopo due mesi, essendosi sempre mantenuto nel medesimo stato, venne dimesso.

25 Luglio 1907 — Viene riaccompagnato perchè a casa era divenuto pericoloso: vedeva sempre persone che lo minacciavano, per ciò girava tutto il giorno armato di fucile, minacciò anche di strangolare la madre. Invece di lavorare, oziava e beveva vino. Si presenta con espressione fatua, apatico non mostra la menoma reazione. Nega ogni cosa che gli è attribuita con sorriso fatuo: e sorride sempre scioccamente quando gli si dice che ora prima di uscire dovrà aspettare un bel pezzo.

OSSERVAZIONE IV. — *Bre . . . . Silvino* d' anni 24 — Nulla risulta ereditariamente — Infanzia normale. A 7 anni trauma al capo (calcio di un asino) nella regione frontale cui seguirono fenomeni di commozione cerebrale che si dileguarono in cinque giorni. Esiste ancora la cicatrice con depressione ossea. D' indole buona, e d' intelligenza normale imparò a leggere e scrivere, attese poi ai lavori campestri. Andato al servizio militare dopo tre anni, mentre stava compiendo gli ultimi mesi, e precisamente ai primi del settembre 1906, fu colpito da una grave infezione pneumonitica (destra) con fenomeni meningitiformi, e fu dichiarato in fin di vita. Migliorò lentamente e ancora convalescente fu congedato, e venne in famiglia. I parenti notarono subito in lui uno strano contegno e i suoi ragionamenti molto sconclusionati. Parlava poco, mostrava pochissima affettività, commetteva atti inconsiderati e con scatti impulsivi, p. es. afferrava tutti i polli che vedeva li strozzava e poi li gettava via, voleva uccidere la vacca per cambiare idea, e voleva aspettare che partorisse il vitello. Non attendeva a nessun lavoro: alla notte diceva di vedere il demonio e le streghe: balzava dal letto guardandosi d'attorno. Usciva con frasi e desideri assurdi, voleva prender moglie, poi si diceva già ammogliato. Essendosi fatto anche minaccioso e avendo espresso intenzioni suicide venne inviato al Manicomio ove entrò nell' ottobre del 1906.

Quando entra è calmo. Si nota in lui espressione apatica. Presta poca

attenzione alle domande e le risposte sono fortemente dissociate e assurde — P. es; quanti anni hai? Non lo so perchè ho dormito. — Sai dove sei? Sono a Brescia, in Egitto, ma non ci vado piú. Ma ci sei stato in Egitto? — Sono stato da tutte le parti cogli occhi facendo le croci. — Dice che il re della plebe poi che vuole un leone; il medico è suo fratello, suo zio e suo nipote in una sola persona. — Sembra abbia avuto allucinazioni dicendo d'aver veduto e sentito le streghe sotto il letto. — Però si può notare che in lui l'orientazione è normale, conservata la memoria. Fa abbastanza bene i calcoli, sa dire i mesi in ordine inverso e sa dire ció che imparò a scuola. — L'affettività mancante. Continuò in questo stato psichico facendosi in seguito impulsivo: improvvisamenie p. es. ha rotto le spranghe del letto e sventrato un materasso. A volte ha tentato slanciarsi sui medici per percuoterli. — Diceva che il Direttore era Vittorio Emmanuele secondo — Ricordandogli che questi era morto rispondeva che poteva anche essere vivo. Sempre orientato pure i suoi discorsi continuavano cosí intensamente dissociati, illogici, assurdi; la condotta stolida, gli atti immotivati. Visitato più volte dalla famiglia a lui affezionatissima non mostró mai alcuna reazione affettiva. Nel Marzo di questo anno, poichè da piú di un mese era più quieto e perchè la famiglia insisteva per riaverlo venne licenziato.

Osservazione V. — *Vi.... Bice* d'anni 20 — Grave tara ereditaria — Padre pazzo, un zio frenastenico, una zia morta tubercolosa: una sorella fu già ricoverata al manicomio — La *V....* era intelligentissima e compiva un corso di studi secondario con buon risultato — Nel luglio del 1904 venne colpita da infezione tifosa: nella convalescenza si notavano già in lei notevoli uno stato di disorientamento, di deficienza psichica, di puerilità e assurditá negli atti e nei discorsi: giuocava alla bambola con espressione di bambina: era irrequieta. Insorsero poi fatti di polinevrite agli arti inferiori che all'esame elettrico diedero luogo a grave reazione degenerativa. Da questa forma lentamente miglioró residuandone però una diminuita funzionalità.

Fu accompagnata in questo Istituto nell'aprile del 1905. Qui vi si notó subito uno stato demenziale manifestissimo : disorientamento, mancanza d'attenzione, ideazione caotica, assurda, sconclusionata, mentre la memoria è abbastanza conservata — Non prendeva parte all'ambiente, non mostrava affettivitá nè alcun interessamento alle visite dei congiunti — In tutto questo tempo di ricovero il suo stato si mantiene presso a poco allo stesso modo. Si alternano periodi di mutismo e di quiete con altri di verbigerazione che durano più giorni in cui la malata è concitata, i suoi discorsi hanno la massima incoerenza, sono una vera insalata di parole. — Anche alla interrogazione si conservano tali ! P. es.

Di che paese è? — Non lo so, ho preso giù la Madonnina del duomo —

In che modo l'ha presa giù? Colla dimostrazione dell' algebra — Quanti anni ha? Quanti ne devo avere. Ma quanti? Tre anni poi c' è la culla, un pò di cioccolato, lasciatemi stare, non vedete che sono una statua che non si può toccare ? Ecc. ecc.

Nei periodi di eccitamento, le impressioni sensoriali sono sovente l'occasione delle sue idee rapidamente trapassanti e dei suoi discorsi sconclusionati. É anche impulsiva, cerca di percuotere e di sputare addosso — Ama fare dei dispetti e canta a squarciagola — Si lorda addosso e in letto. Scambia le persone e chiama tutti i medici col nome di papà.

Osservazione VI. *Com....* *Giovanna* d'anni 27 — Una cugina materna trovasi ricoverata in questo Manicomio — Di indole buona, di intelligenza sufficientemente sviluppata: mestruò regolarmente. A 15 anni sofferse di reumatismo articolare. A 17 anni fu colpita da infezione tifoide: guarita da questa rimane come inebetita, in uno stato di vera stupidità, incapace a qualsiasi occupazione. Faceva ragionamenti assurdi, qualche volta alternati con frasi assennate, si notava ottusità affettiva — Poi divenne eccitata e impulsiva. Per cui due anni dopo l' inizio dei suoi disturbi e cioè nel gennaio del 1896 veniva ricoverata nel Manicomio — Quando entrò si notò stato di agitazione psicomotoria, disorientamento, mancanza d' attenzione, dissociazione e stolidità nei discorsi, impulsività — Dopo circa un mese si mise quieta: ma permaneva il suo stato di deficienza psichica e la fatuità della sua condotta — Nel Maggio dello stesso anno venne licenziata per ritornane dopo due mesi avendo avuto a casa un periodo d' agitazione — Viene poi in questo spazio di 10 anni rimandata a casa altre tre volte — Teneva sempre un contegno apatico, indifferente all'ambiente, alternando periodi di impulsività pei quali veniva riaccompagnata al manicomio — Comprendeva le domande, ma rifiutava di ubbidire a qualsiasi ordine: qualche volta si riuscì a occuparla ad alcuni lavori grossolani — Non parla con altre ricoverate, manca ogni manifestazione affettiva, ed è anche poco pulita, apatia ed indifferenza profonde, scatti d' impulsività e periodi di eccitamento.

Osservazione VII. — *Ber . . . Estella* d' anni 32 — Ereditarietà diretta e collaterale negativa. Intelligente compì tutto il corso normale con buon esito: però nei primi anni ricavava maggior profitto dagli studi che negli ultimi anni nei quali era più svogliata e riusciva più affaticata. D' indole buona, vivace, allegra era peró sensibilissima ad ogni contrarietà e permalosa, passando facilmente al pianto. Mestruò a 14 anni — A 4 anni superò il morbillo: a 6 una tonsillite che si ripetè poi in seguito più volte nella stagione invernale. Nel 1897 soffrì di gastroenterite — Nel marzo del 1898 abbondante menorragia che poi si ripetè più volte gravemente lasciando l' inferma in un profondo stato di anemia accompagnata da cefalee, senso di impotenza, disturbi digestivi, tendenza alla depressione. Nell' autunno del

1899 ammalò di tifoide grave che guarì con lunga convalescenza, lasciando grande prostrazione di forze, oligoemia, dispepsia rilevante — Da allora in poi venne visitata da più medici che fecero sempre diagnosi di istero-neurastenia e fu sottoposta a lunghe cure ricostituenti sempre senza risultato

I disturbi psichici cominciavano a rendersi più evidenti mentre persistevano quelli fisici — Preoccopata dei suoi malanni, temeva che i medici non fossero esatti nelle diagnosi: era divenuta indifferente agli interessi della famiglia: non parlava che dei suoi disturbi e cominciava ad accusare i congiunti di trascuratezza a suo riguardo: temeva di non più guarire e aveva intense crisi di pianto — Questo stato continuò per tutto il 1902. Nel 1903 peggiorò ancora: giunse ad accusare apertamente la propria madre di essere stata con la sua trascuratezza causa della sua rovina. Poi cominciò a manifestare idee diliranti sostenute da disturbi allucinatori e illusori. Avvertiva sensazioni di tormento, percosse, strappo di capelli ecc. Si credeva sotto l'impero dell' ipnotismo: talora scambiava le persone e vedeva imagini strane e spaventose errare per la camera — Questi fatti o insorgevano e preferibilmente s' accentuavano nelle ricorrenze mestruali. Continuarono sempre accompagnati da logorrea, delirio ipocondriaco e persecutorio: si sentiva vuotata dai visceri, cangiata in una macchina senza anima, tolta la facoltà di pensare, avvelenata ecc. talora il contenuto era di auto-accusa: aveva rovinato sè e tutta la famiglia, era disonesta ecc. ecc.

Per questi fatti venne nell' aprile del 1904 ricoverata in una casa di salute. Quivi i fenomeni descritti continuarono finchè s' aggiunsero negativismo spiccatissimo e stupore — Nel dicembre dello stesso anno viene trasferita in questo Manicomio — Qui vi ha sempre mostrato con costanza mutacismo, negativismo, stereotipie, mancanza assoluta di affettività tanto che visitata dai parenti non ha mai aperto bocca nè mostrato alcun movimento emotivo, e alla notizia della morte della madre si è comportata ugualmente — Intercorrentemente si notano attitudini catatoniche, cianosi ed edemi alle estremità. È sudicia, scialorroica, spesso sitofoba: ha scatti di impulsività contro gli oggetti e le persone, e tale si conserva tuttora. Fisicamente deperita.

Anche i traumi al capo furono riscontrati e considerati quali fattore etiologico della demenza precoce. I traumi furono già invocati come capaci di determinare molte alterazioni psichiche e finanche la demenza paralitica. D' altra parte è da molto tempo noto come fu data importanza ai traumi quale causa occasionale di malattie fisiche, e infettive, così si parla dell' influenza del trauma nell' insorgenza di una osteomielite acuta: è ammessa una polmonite franca detta traumatica o contusiva che ritrae la medesima origine: queste malattie sebbene

parassitarie non si sarebbero sviluppate senza l'intervento del fattore violento esterno. Pure da molto tempo è stato osservato che alcune volte le neoplasie maligne, specie il carcinoma, devono il loro sviluppo a una causa occasionale rappresentata da un trauma fisico: forse senza di questo la malattia sarebbe rimasta latente.

Muralt osservò dopo traumi al capo forme catatoniche: Viedenz, Crocq, Kamensky Reichardt, Bonöffer, D'Ormea, Prigione, Ioffroy hanno descritto casi di demenza precoce susseguenti a detta causa. Kraepelin che ha riscontrato traumi al capo con grande frequenza negli antecedenti dei suoi malati, non crede di dover dare importanza ad essi come nesso causale, eccettuati quei casi in cui la malattia (e in forma tipica) si è sviluppata immediatamente al trauma.

Dai miei dati il fattore or nominato appare alcune volte ma a distanza di più anni dall'insorgenza della malattia: in uno dei soggetti al trauma subito nella prima età erano seguiti fenomeni epilettiformi che in seguito scomparvero: solo dopo un periodo di parecchi anni che era trascorso normale, iniziarono i primi fenomeni della demenza.

In un sol caso i fenomeni psichici di carattere demenziale hanno seguito poco tempo dopo il trauma, per cui solamente per questo si potrebbe parlare di vero nesso di causa ed effetto.

Osservazione VIII. *Pal . . . . Luigi* d'anni 18 — Nulla risulta ereditariamente. Era di indole buona, di intelligenza non molto sviluppata e imparò a leggere e scrivere alle prime classi elementari. Presenta note antropologiche degenerative: costituzione gracile, cranio voluminoso e bozze parietali sporgenti: cranio facciale ristretto e poco sviluppato rispetto al cranio cerebrale — Nell' Aprile dell'anno 1904 mentre lavorava come garzone muratore cadde dall'altezza di due metri percotendo col capo producendosi ferita alle sole parti molli. — Non vi furono conseguenze immediate: ma trascorsi tre mesi durante i quali aveva lavorato eccessivamente, entrarono in campo disturbi psichici: cominciò ad accusare il suo capo - muratore di maltrattamenti e di minacce, cambiò nel contegno, si fece strano, cominciò a credersi minacciato, diceva che lo avrebbero ucciso a fucilate, una volta fuggì di casa, ebbe a minacciare i suoi congiunti e una volta prese pel collo la sorellina per strangolarla — Per questi fatti fu inviato al Manicomio nell'agosto del 1904, e vi rimase fino all'ottobre dello stesso anno.

In quel frattempo si riordinò tanto che lo si poté adibire ai lavori e poi dimetter come guarito. Però a casa sebbene avesse ripreso regolarmente il suo mestiere di muratore sembra, si fosse notato in lui sempre un odio contro alcuni giovanotti del paese da cui aveva ricevuto delle percosse, cre-

dendosi da essi perseguitato. Viene riaccompagnato al Manicomio il 1 Giugno di quest'anno (1907) perché da qualche tempo presentava disturbi psichici analoghi a quelli presentati alla sua prima ammissione, si vedeva perseguitato da nemici immaginari: i suoi compagni di lavoro lo deridevano, lo cimentavano, lo percuotevano — Facendosi impulsivo fu determinato il suo ricovero — Entrando presenta contegno apatico, indifferente allo ambiente. Racconta senza colorito anzi ridendo scioccamente le sue pretese persecuzioni accusando pure il padre di maltrattamenti. Racconta pure che guadagnava come garzone 4 o 5 lire al giorno e che un propietario per compensarlo dei suoi servigi gli regalò *una villa di ottanta milioni* vicino al suo paese, é orientato ma non s' interessa perchè l' abbiano qui inviato, non critica nè mostra di apprezzare le osservazioni che gli vengono fatte circa l' assurdità dei suoi asserti. Sta tutto il giorno in ozio, trascurato nel vestire, non curandosi di nulla: l' affettivita è negativa. Più tardi cominciò ad accusare sensazioni abnormi pel corpo come di calore e di forature al dorso che egli interpreta delirando col giudicare che sono i ricoverati che di notte gli pongono il fuoco nel letto: gli pareva che pure dai letto e dal muro uscissero punte trafiggenti il suo corpo: prese a farsi inquieto e minaccioso , irritato vuol uscire ad ogni costo, vuol uscire da questa Babilonia, è stanco di soffrire i tormenti , alla notte é forato per tutto il corpo, di giorno lo bastonano e gli pestano la testa — Qui dentro si commettono delle infamie: ha visto una mattina far morire suo figlio che è un altro ricoverato, un idiota sedicenne (!): afferma che un infermiere gli soffiava nel corpo della benzina finchè non lo vide cadavere — Facendogli notare che l'individuo è ancor vivo, dice « ora è vivo ma ieri era morto! » Dice che alla notte vengono divorati dei ragazzi e sentiva un ricoverato alla notte arrotare i denti mentre li masticava, anzi affermava che esiste ancora in un angolo un mucchio d' ossa. Persiste sempre nel dire che l' idiota suddetto è suo figlio e ha anche affermato d'aver altri figli, quello l'ha avuto da una ragazza del suo paese. Attraverso il muro un infermiere gli ha tirato una revolverata entro un orecchio.

Non ha mai chiesto e non si è mai interessato dei suoi famigliari. Venne in seguito licenziato avendo migliorato notevolmente.

⁂

Come ultima serie delle mie ricerche statistiche mi occupai dello stato e sviluppo intellettuale prima dell' iniziarsi della malattia. È questo pure un problema interessante — Le più note statistiche dànno per risultato che la malattia colpisce in maggior frequenza persone d' intelligenza normalmente sviluppata.

Così Aschaffemburg dà 27 °[. uomini e 21 °[. donne di intelligenza media: 55 °[. e 66 °[. buona e superiore, 18 °[. e 13 °[. sotto la media, nessun idiota e imbecille —

Christian 69 °[. intelligenza media, 22 °[. buona o superiore, 8 °[. mediocre: Levi Bianchini 60 °[. intelligenza media, 6 °[. superiore, 24,4 °[. scarsa: 8 °[. frenastenia; nessuna differenza fra i due sessi. Kraepelin dà 30 °[. sviluppo psichico incompleto nel 7 °[. dei casi — Viceversa Mondio nei suoi 32 casi riscontrò sempre stato mentale anteriore mediocre, scarso, deficiente. Come si vede non si nega che la malattia possa anche colpire e modificare le intelligenze meno evolute: infatti furono osservati imbecilli anche gravi lasciare il loro stato stazionario per decadere progressivamente e giungere a una profonda demenza. Pellizzi ricorda casi di deficienti intellettuali affetti da paraplegia spasmodica famigliare in cui insorge il quadro della demenza ebefrenica o di quella apatica. Il De Sanctis specialmente si è soffermato sui rapporti tra frenastenia e demenza precoce: egli ricorda come i primi accenni di osservazione di uno stato di decadimento mentale progressivo sopraggiunto in frenastenici rimontano a Esquirol, Morel, Schule — Finzi e Vedrani accennarono già alla relativa frequenza con cui imbecilli e idioti all' epoca della pubertà, ma anche prima e più tardi, presentano sintomi della demenza precoce. Il De Sanctis e dopo di lui il Cramer osservano che fanciulli frenastenici (cerebroplegici e aparetici) a dispetto del trattamento pedagogico, presentavano col progredire dell' età un decadimento mentale sempre più accentuato: egli ammette poi una demenza precoce *subsequens o comitans* la frenastenia in base alle sue osservazioni, dicendo che i frenastenici gravi sono meno disposti dei meno gravi alla demenza precoce: che si hanno le forme ebefrenica e paranoide e casi, che passano facilmente inosservati, di forma di demenza semplice (eboide).

Mi pare che ad ogni modo quando si parla di intelligenza comune bisogna tener conto pure del diverso sviluppo intellettuale che non è difficile riscontrare in regioni e zone diverse, nelle quali si trovano talora delle popolazioni con intellettualità veramente bassa — Tenuto conto di questa contingenza, nella mia analisi ho potuto confermare che la malattia con maggior frequenza colpisce le intelligenze normalmente sviluppate: cioè su 129 casi, 88, equivalenti al 68 °[..

Le intelligenze scarsamente sviluppate sono rappresentate da 40 casi, cioè il 31 °[.. Di veri frenastenici non ho trovato che un solo caso in un maschio. Vere differenze sensibili fra i due sessi non ho trovate

sebbene al primo sguardo si giudicherebbe più elevato il numero delle intelligenze normali colpite nelle femmine che nei maschi: ma ciò dipende dal fatto che il criterio comune è molto più indulgente nel giudicare del grado intellettuale nella donna che nell' uomo, tanto più quando si tratta delle popolazioni contadine.

.·.

Mi sono riserbato qui per ultimo alcune considerazioni sull' importantissimo e tanto discusso problema patogenetico ed etiologico della demenza precoce.

La principale questione è quella di stabilire intanto se la malattia é originaria o acquisita, se è costituzionale o accidentale.

La teoria di KRAEPELIN di un' autointossicazione d' origine genitale comporta una interpretazione della costituzionalità della malattia: nell' apparato sessuale (specie durante la sua evoluzione) vi sarebbe una deviazione della norma con la formazione di sostanze tossiche che si ripercuoterebbero su tutto l' organismo ma in special modo nel cervello.

Anche il TANZI considerava la malattia come la più tipica delle psicosi da causa interna, parteggiando per la natura diatesica come traspare dalle sue parole « ... il che fa domandare se non vi sia una diatesi per le forme anche lievi di demenza giovanile, che spesso è una malattia di famiglia, e se questa diatesi che qualche volta si manifesta con oscillazioni enormi e capricciose del peso corporeo non abbia origine nei processi intimi del ricambio generale o nelle influenze chimiche che sono esercitate su di esso dallo sviluppo e dalla rinnovazione continua degli elementi sessuali. »

Al Congresso francese tenuto a Pau (1904) si discusse con vivacità la relazione di DENY sulla demenza precoce; ma in ultima analisi pur facendosi delle riserve ... ciascuno rimase della propria opinione. Anche coloro che accettavano l'entità nosologica, si dividevano nel campo etiologico; così mentre il DENY concludeva che la demenza precoce, sempre restando sottomessa nei medesimi limiti come la paralisi generale a l' ineluttabile legge della predisposizione ereditaria e acquisita, è al pari di essa *una malattia fortuita e accidentale*; BALLET sosteneva ancora, basandosi su argomenti anatomo patologici, etiologici e patogenici, la sua opinione che la malattia è una *psicosi costituzionale*. REGIS poi esprimeva la necessità di distinguere due

tipi differenti uno *costituzionale* formato e insieme e successivamente d'arresto e d' indebolimento intellettuale, di degenerazione e di demenza *e che corrisponde alla vera demenza precoce*; e uno che sarebbe costituito da una demenza post-confusionale, *una demenza secondaria a psicosi di intossicazione* in cui si avrebbero in prevalenza fenomeni catatonici e che andrebbe più frequentemente a guarigione o meno di sovente condurrebbe a una rapida demenza.

A concetti analoghi si sono ispirati recentemente altri A. A. francesi.

Dide esclude (dietro esami istologici delle ovarie e testicoli) l'origine genitale. Egli ammette una forma vera di demenza precoce assai rara e che corrisponde alla forma semplice dei tedeschi; essa sarebbe dovuta a un vero arresto di sviluppo dell' encefalo sopravveniente nella pubertà; questo concetto corrisponde adunque all'origine costituzionale.

Nelle altre forme ammette la sintesi del Kraepelin, ma non la denominazione che vorrebbe sostituire col nome di psicosi tossi-infettiva subacuta o cronica; la forma ebefreno catatonica merita il nome di primitiva, la forma paranoide di secondaria — Queste due forme si distinguerebbero, sebbene clinicamente analoghe, nel senso che la prima insorge in generale prima dei 25 anni, l'altra è più tardiva dal punto di vista patogenetico, la prima ha una origine da una tossinfezione intestinale primitiva, e la tubercolosi vi ha sempre una parte importante; per la forma secondaria invece secondo l'A. la causa non è ancora ben nota e la tubercolosi avrebbe minore influenza — In ambe le forme però occorre sempre una base degenerativa sebbene in senso molto largo come l' intende il Joffroy — La forma primitiva da una frequenza del 10 °|₀, la secondaria del 12,15 °|₀. I risultati delle osservazioni anatomo patologiche ottenuti dai diversi osservatori (Alzheimer, Lugaro, Klippel e Lermitte, Leborgne e Dide, Lubouchine, Bridier, Mondio, De-Buch e Deroubaix, Legrain e Vigoroux, Leroy e Laignel Lavastine, Dunton, Anglade e Jacquin, Gonzales, Crisafulli, Burzio, Deny, Mott, Zalplacha, ecc.) sono ancora varii e tanto da non potere, almeno per ora, giovarsene per l' interpetrazione della patogenesi della malattia; pur nondimeno anche dalle ricerche anatomoistologiche si sono volute trarre deduzioni patogenetico-etiologiche — Dalle osservazioni di diversi autori Doutrebente e Marchand affermano che si possono classificare due ordini di lesioni e cioè lesioni delle meningi e delle diverse porzioni della

corteccia, e lesioni esclusive delle cellule piramidali; « in presenza di questi due ordini di fatti, essi concludono, non v'è più ragione di maravigliarsi che alcuni autori fanno della demenza precoce una malattia costituzionale, ed altri una malattia accidentale. Ogni affezione cortico meningea cronica d'origine infiammatoria o tossica, che colpisce soggetti giovani può determinare la sindrome d. precoce; l'affezione in questi casi è *accidentale* — In altri casi la demenza precoce colpisce giovani soggetti deboli o aventi tare ereditarie gravi. In questi le cellule psichiche offese durante la vita intrauterina o nei primi anni di vita si sono mal sviluppate e questi elementi deboli soccombono rapidamente in seguito in occasione sia di un *surmenage* intellettuale o fisico sia della pubertà o di disturbi puerperali, cause che si riscontrano così di frequente nell'etiologia della d. precoce, in questi ultimi casi la d. precoce è una psicosi costituzionale.

Vigouroux e Delmas nell'autopsia di un loro caso mentre trovarono assenza di lesioni cerebrali ben definite, trovarono cuore infantile, evoluzione incompleta della cellula spermatica e assenza delle cellule interstiziali nei testicoli, assenza delle cellule cromaffini nelle capsule surrenali e integrità invece della tiroide — Lesioni che portano a pensare una costituzionalità alterata e processi autotossici di apparecchi glandulari (sessuale) e simpatico (c. surrenali).

Sono note le recenti ricerche di autori che basandosi sulla teoria autotossica della demenza precoce l'hanno voluta ridurre a una malattia del ricambio materiale (e perciò costituzionale nel senso di Hoffmann) o per lo meno le hanno riscontrato molti fenomeni del rallentato ricambio. A parte che le alterazioni del ricambio e anche analoghe si possano riscontrare in parecchie malattie mentali (paralisi progressiva, amenza, epilessia ecc.), quindi secondarie; non tutti sono andati d'accordo nei risultati anzi vi è stato chi ha ottenuto dati contradittorii o negativi per quanto riguarda il rallentamento del ricambio materiale. Comunque, anche le alterazioni trovate non hanno nulla di specifico. Bisogna ad ogni modo ricordare i facili disordini vascolari (vasomotori) periferici che hanno talora carattere accessuale, la deficienza circolatoria, sanguigna, i rapidi desquilibri dello stato di nutrizione, per cui si hanno in alcuni malati vere crisi rappresentate da dimagramento, oligoemia, cianosi ed edemi agli arti inferiori, alternate con periodi d'ingrassamento e condizioni generali soddisfacenti. Però questi fatti, che si osservano prevalentemente e con frequenza nei catatonici e anche negli ebefrenici, mai (o quasi

mai) nei paranoidi, non sono regola costante e v'è anche chi ne è esente.

Lugiato parlando della morfologia dei dementi precoci ha voluto dimostrare che prima dell'inizio dei disturbi mentali, essi sono degli anomali; l'anomalità consiste in un'astenia speciale, in un torpore completo, mentale e biologico; fisicamente ciò risulta in modo evidente dai fatti di torpore circolatorio che trova la base anatomo-fisiologica in una deficienza dell'emicuore sinistro e nel sistema arterioso, sviluppo esagerato del sistema linfatico. In quanto alla morfologia studiata col metodo di De Giovanni, i risultati non mi paiono molto probativi avendo dato 15 volte per 24 la seconda combinazione, 9[24 la terza, e 4[24 la prima; per di più la maggioranza dei soggetti non appartiene ai tipi puri sebbene a tipi misti cosicchè p. es. i 15 della seconda combinazione, che formerebbero la maggioranza costituiscono a detta dell'A. « seconde combinazioni false o apparenti, e che per i caratteri addominali presentano quasi sempre gli attributi della terza combinazione ».

Saiz poi ultimamente nel nostro istituto in seguito a una serie di accurate ricerche antropologiche confrontate fra 50 dementi e 50 sani (infermieri) venne ai risultati che le anomalie somatiche erano quasi due volte più frequenti nei malati che nei sani, non solo ma che le anomalie più gravi si riscontravano con speciale frequenza nei dementi, mentre nei sani abbondavano le anomalie più lievi. Il fatto di questa prevalenza congiunto alla grave tara neuropatica che ha trovato nei suoi malati (68 o[o) lo inducono a concludere che " almeno nella stragrande maggioranza dei casi la demenza precoce non sia una psicosi prettamente accidentale, ma che essa si sviluppi su una base degenerativa o ereditaria, lasciando impregiudicata la parte che un processo autotossico può avere nella patogenesi di questa affezione. ,,

Dopo tutto quanto è stato detto, si deve ammettere una unità d'origine della demenza precoce? E ammessa si deve giudicare questa come un'affezione originaria, costituzionale, diatesica e che suol per lo più rendersi evidente a una data età (come è di preferenza per le diatesi in genere) e sia per svariate cause occasionali, ma però anche senza di queste? Oppure è una vera malattia accidentale la quale per svilupparsi richieda semplicemente un terreno predisponente (come la paralisi progressiva)? Anche per la prognosi la diversa patogenesi ha il suo valore, perchè sarà sempre più da considerarsi

guaribile la malattia accidentale acquisita che la malattia originaria o costituzionale che rappresenta una deviazione permanente.

Dai dati anatomo-patologici e istologici, come da quelli fisiochimici si attendono le risposte che risolvano la questione e per ora bisogna ancora accontentarsi delle ipotesi. Del resto come confessa anche il Kraepenin « la colossale estensione della demenza precoce ci deve suggerire la verosimiglianza che noi abbiamo a che fare non con una malattia unica, ma con un gruppo di alterazioni le cui singole forme vogliono essere distinte ». Una ben condotta analisi e scissione in diversa entità nosologiche più definite nel farraginoso insieme della demenza precoce, gioverà assai anche la quistione etiologica e allora si vedranno a varie individualità cliniche corrispondere probabilmente e patogenesi e momenti etiologici diversi.

Il concetto espresso da Regis nel Congresso di Pau contiene certamente secondo il mio parere degli elementi degni di considerazione. Dalla osservazione dei fatti mi pare indubbia l'esistenza di una forma di demenza precoce che debba considerarsi non quale malattia accidentale, ma come una malattia costituzionale. Allo stesso modo come s'intende per la frenosi maniaco-depressiva, come per l'isterismo, come per la nevrastenia costituzionale in psico-patologia e come abbiamo già detto, per le così dette malattie costituzionali della medicina interna. Varii dati sono in appoggio di questa opinione: un fattore predisponente ereditario, un inizio prevalentemente giovanile, l'assenza di moventi etiologici in molti casi.

L'origine cosidetta costituzionale (1) è vero lascia libero di attenersi alle teorie delle alterazioni del ricambio e quindi dell'autointossicazione, quanto alla teoria della degenerazione nel senso di Morel. A una origine autotossica verrebbero con molta maggiore verosimiglianza addebitate quei casi di forme ebefreniche e catatoniche così ricchi di fenomeni somatici, ciò che con assai minore evidenza si può dire delle forme pure paranoidi. Che in molti casi esista una latenza nella malattia e che un fattore esterno qualsiasi (psichico, fisico (trauma) tossico, infettivo) renda possibile l'estrinsecazione di quella senza esserne la vera causa efficiente, abbiamo gia detto, ba-

(1) Per il concetto di costituzionalità V. Ebstein. Trattato di Medicina. Vol. III. p. 593.

sandosi sulle analogie dei mezzi della medicina generale, esser cosa che avviene con frequenza, e con ciò non verrebbe menomamente scossa la teoria della costituzionalità della malattia; infatti p. es. nella insorgenza del diabete essenziale che è una malattia costituzionale (che viene anche considerata come malattia del sistema nervoso anche pel fatto che nelle famiglie dei diabetici la malattia si alterna anche nelle discendenze con le psicosi, la epilessia) alcune volte le cause occasionali sono rappresentate appunto da traumi sia fisici che psichici e dalle infezioni. Sarebbe come la scintilla che fa scoppiare la mina; o almeno, quei fattori, rendono evidenti, accelerandoli, e aggravandoli, fenomeni ancora leggieri e a lenta evoluzione. Ma non si può negare ad alcune forme di demenza che ha caratteri della d. precoce una origine alquanto diversa, alludo a quei casi senza tara ereditaria e senza disturbi psichici antecedenti dimostrabili, i quali non lascerebbero sospettare una costituzionalità, ma che sembrerebbero avere un legame veramente intimo di causa ed effetto con fattori ben caratterizzati di natura esteriore e accidentale: le infezioni.

La predisposizione può però anche qui invocarsi (se anche non appare con segni di evidenza) ma parrebbe giocare una parte secondaria d'altra parte potrebbe pure non esistere — Che i tossici sieno capaci di produrre disturbi sia acuti che cronici anche in sistemi nervosi ben costituiti si può osservare nella intossicazione alcoolica e nelle intossicazioni chimiche, per lo più professionali.

∴

Passando a considerare quei casi che abbiamo più sopra descritti notiamo come nelle osserv.ni I, IV, VII manca il fattore ereditario nei primi due nulla psichicamente appare prima dell'incorrere nell'infezione — Nel quarto caso invece notiamo intelligenza vivace ma carattere mutevole e capriccioso; notiamo che l'attività psichica diminuisce nella giovinezza contemporaneamente all'insorgenza di fenomeni nevrasteniformi dovuti apparentemente a ripetute malattie e a cause esaurienti. L'insorgenza dell'infezione (tifosa in due casi, pneumonica in un terzo) determina in un caso fenomeni di delirio infettivo durante il corso della malattia a cui segue uno stato delirante persecutorio, poi fenomeni demenziali, in un altro, fenomeni meningitiformi, e nella convalescenza appare già evidente uno stato ebefrenico, Nel 3.° l'infezione aggrava sintomi nevrasteniformi persistenti che si trasformano

in fenomoni deliranti a contenuto ipocondriaco persecutorio accompagnati da irritazione sensoriale e che terminano in uno stato spiccatissimo ebefreno-catatonico.

Nelle osservazioni II, V troviamo grave, nella III e VI non pura ereditarietà. Nel caso II vediamo un giovane buono e intelligente che a nove anni soffre di disturbi meningitiformi e che ne guarisce; queste turbe cerebrali almeno apparentemente non lasciano tracce; è solo dopo una infezione tifoide che si manifesta immediatamente uno stato delirante confusionale da cui pare in tre mesi si sia rimesso, ma che dopo strapazzi fisici un anno e mezzo dopo si ripete, non guarisce e ne resta uno stato ebefrenico.

L'infezione tifosa riscontriamo pure in tutti gli altri casi, ma nel III noi dobbiamo notare l'indole chiusa, tetra del soggetto; la malattia qui fu accompagnata da enterorragia; non risulta che in questo caso i disturbi psichici si manifestassero immediatamente; pero è da notarsi che venne subito licenziato da un impiego e che a casa non era capace di occupazione, apatico, bevitore. Più tardi insorge delirio persecutorio scialbo e si può notare in lui uno stato che ha i caratteri della demenza precoce.

Nel V caso l'infezione agisce violentemente; il soggetto, giovane intelligente, passa rapidamente a demenza e ai fenomeni psichici si aggiungono anche fatti infettivi del sistema nervoso periferico; questi guariscono quasi completamente, quelli rimangono stazionarii (1). E finalmente nel VI caso residua già alla malattia uno stato di stupidità che più tardi dà luogo ai sintomi evidenti dell'ebefrenia con un grave decadimento psichico.

Quello che dobbiamo notare si è che tanto in alcuni casi con labe ereditaria, quanto in altri esenti da essa i soggetti si mostrarono fino all'insorgenza dell'infezione perfettamente normali, in due casi non può sfuggire il fatto di un cervello che nella fanciullezza non dà luogo a risentimento psichico dopo un trauma al capo e dopo un complesso di fenomeni meningitiformi, mentre più tardi cede dopo una infezione dando luogo alla demenza coi caratteri della d. precoce.

Ora ci pare lecito osservare se realmente *tutti* i casi consimili sono veramente da ascriversi alla demenza precoce. Non si potrebbe

(1) Mentre il presente lavoro era già consegnato, la malata venne dimessa notevolmente migliorata.

invece per alcuno pensare a una demenza postinfettiva o demenza post-amenziale.

Sebbene si ritenga che l'esito dell'amenza (comprendendo qui pure i delirî infettivi e post-infettivi sia o la guarigione o la morte (TANZI, D'ORMEA) pure è anche detto che l'esito in demenza sebben raro è possibile — FINZI parla di questa evenienza; si è già detto come REGIS ammetta le demenze secondarie postconfusionali che vengono conglobate alla demenza precoce; il KRAEPELIN recentemente nello sue Fragestellungen afferma d'essere entrato nel dubbio che vi sieno casi anche non guariti di amenza e che se la cosa è così lo stato terminale dell'amenza dovrebbe avere caratteri proprii, e ciò che vale per l'amenza vale anche per gli stati di debolezza postinfettivi.

Che le infezioni possono dar luogo a disturbi psichici non solo temporanei ma anche duraturi è noto anche volgarmente. Non mi pare cosa inammissibile a priori che una data infezione la quale suol dare fenomeni acuti da parte della psiche (delirî tossi infettivi, amenza infettiva) possa dar luogo anche, sia consecutivamente a fenomeni acuti, quanto primitivamente, ad alterazioni croniche. Del resto esempi di infezioni che danno luogo a psicosi acute come a psicosi croniche non mancano p. es. la sifilide. In patologia medica abbiamo esempi di infezioni acute che danno luogo ad alterazioni di dati organi sia acute che croniche. La scarlattina p. es. non produce per lo più fatti nefritici acuti che vanno a guarigione, ma in varî casi non si ha invece l'esito della nefrite cronica? L'infezione pneumonica ha per esito più spesso la guarigione, o la morte, talora però si ha il passaggio alla polmonite cronica.

TANZI il quale accetta l'opinione che nelle infezioni si abbiano fenomeni dovuti a tossine primarie e a tossine secondarie, ammette pure che queste non di rado hanno un potere psico patogeno che manca alle primarie o lo posseggono in più alto grado come p. es. la sifilide le cui tossine primarie dànno sintomi ben diversi da quelli dovuti alle tossine secondarie che agiscono a lunga scadenza. Analogamente viene interpretata la nefrite scarlattinosa che appare sempre dopo il termine della malattia primaria, e si ritiene dovuta a tossine secondarie per una trasformazione del virus (FÜRBRINGER).

Non vedo che, se di regola i fenomeni acuti che accompagnano certe infezioni passano a guarigione, non possa invece in cervelli predisposti (non bisogna mai perdere di vista la predisposizione che in patologia generale ha la così alta importanza) anzichè reintegrarsi

le funzioni psichiche, derivare un decadimento progressivo più o meno parziale, più o meno lento. Al proposito poi del fattore predisposizione il TANZI giustamente osserva che « la incostanza delle complicazioni psicopatiche di fronte alle sostanze tossiche o violente dimostra come l'amenza e in genere qualunque altra forma di pazzia infettiva, e tossica, dipende solo in parte dalla qualità e quantità del veleno, vi è l'elemento costituzionale, cioè un coefficiente che resta nascosto in condizioni normali ».

Accettando dunque il concetto di una demenza postamenziale si potrebbero alcuni casi porre in questo gruppo. A priori credo che ciò non debba essere negato, ma la sintomatologia dell'evoluzione postamenziale ha caratteri particolari da esser distinta da quella della demenza precoce? Qui sta la difficoltà, perchè se per ora si può ammettere il fatto che qualche volta un'amenza anzichè guarire può passare a uno stato cronico, dare cioè luogo alla demenza, non si possono ancora con tutta certezza descrivere i sintomi speciali, le analogie, e i caratteri differenziali con le altre demenze specie con la demenza precoce. Il FINZI accennò alcuni anni or sono a questi caratteri: infatti nel suo compendio dice che il difetto psichico postamenziale può arrestarsi a gradi diversi, da una lieve debilità riconoscibile solo con un esatto confronto con lo stato anteriore, fino al più completo annientamento della vita mentale. *Caratteristica* di questo stato terminale è lo indebolimento generale di tutte le attitudini psichiche. Il malato dimentica il passato e non acquista nulla del presente, l'affettività tace del tutto, la volontà è profondamente indebolita. A parte i casi di demenza postamenziale e secondaria postinfettiva: in quei casi di demenza precoce, legati a causa infettiva bisogna dunque ammettere che anche in essi la causa è stata semplicemente occasionale rendendo evidente in modo brusco ciò che era latente, se no si sarebbe costretti ad ammettere una origine accidentale della demenza precoce. Accettando questa seconda interpretazione si giungerebbe così a giudicare sempre dell'origine accidentale anche nelle altre forme, ammettendo allora altre cause (tossine intestinali p. es.). Se no, bisogna senz'altro ammettere una doppia genesi nella demenza precoce: una forma costituzionale endogena cioè e una forma esogena accidentale.

Se si trattasse semplicemente di sindromi si potrebbe senz'altro accettare questa conclusione; però i dati clinici fanno ritenere più conforme al vero ammettere una d. precoce malattia originaria costituzionale ente ben definito, e sindromi analoghe ad essa, ma acqui-

site, secondarie a lesioni estrinseche, nello stesso modo che si può considerare p. es. di una sintomatologia morbosa che può aver origine costituzionale o essere prodotto da alterazioni acquisite parlando del diabete essenziale e dei diabeti pancreatico ed epatico (GILBERT e WEIL) per tralasciare le glicosurie transitorie. Questi ultimi hanno il carattere di sindromi, mentre in essi si conosce la causa o almeno il luogo d'origine, non è così per l'altro, e se il sintoma essenziale può essere comune diversità si trovano nella restante sintomatologia, nel decorso, nelle alterazioni anatomiche.

Da tutto quanto abbiamo detto e cioè dalle constatazioni dei diversi A. A. e dalle nostre osservazioni, noi siamo portati pertanto alle seguenti opinioni:

1.° Che la demenza precoce è da ritenersi sempre malattia costituzionale (compresa nel significato più largo, vale a dire tanto per ciò che riguarda ad alterazione del ricambio materiale, quanto a deviazione degenerativa della costituzione cerebrale), e come tale può talora svilupparsi (per lo più lentamente) senza alcun apparente fattore etiologico esterno, ma anche frequentemente resa evidente e accelerata nel decorso e negli esiti da molti fattori accidentali (emozioni, strapazzo in senso lato, traumi, intossicazioni e infezioni).

2.° Una demenza precoce a causa accidentale d'origine infettiva-tossica come tale non ha ragione di esistere, si può pensare piuttosto a una sindrome pseudodemenza postinfettiva post tossica, la quale non rappresenta altro che quei casi, non frequenti, in cui un'amenza anzichè passare a guarigione, ha un esito infausto dando luogo a uno stato demenziale consecutivo che può avere dei caratteri analoghi a quelli della demenza precoce, e di cui ancora non si possono stabilire i caratteri differenziali con sicurezza. Con questo ci pare di non attentare all'unità della demenza precoce, anzi se si riuscirà a togliere da essa varie sindromi o anche malattie che ad essa sono ora inglobate, non farà altro che guadagnare in chiarezza e ne risalterá così tutta la sua positiva entità clinica, il che è ciò che si augura chi seppe farla assurgere come tale: il KRAEPELIN.

Brescia, Agosto 1907.

BIBLIOGRAFIA

Finzi — Compendio di Psichiatria. Milano 1899.
Lustig — Trattato di Patologia Generale. Milano 1901.
Ebstein Schwalbe — Trattato di medicina. Trad. italiana. Roma.
Levi Bianchini — Sull' età di comparsa e sull' influenza della ereditarietà ecc. Riv. sper. di freniatria III 1903.
Masselon — La démence précoce. Paris 1904.
Kagi — Thèse de Bordeaux 1904. Riass. Révue Neurol.
Kräpelin — Trattato di Psichiatria. VII ediz.
XIV Congrès des alienistes et neurol. de Pau. Août 1904. Revue neurol. N. 16 1904.
Tanzi — Trattato delle malattie mentali.
Mondio — Contributo anatomico e clinico ecc. Annali di neurologia I 1905.
D'Ormea — Trauma al capo e d. precoce. Giornale di psichiatria clinica ecc. p. 135. 1905.
Albrecht — — Zur simptomatol. der D. praecox. Allg. Zeit f. Psych. 1905 p. 659.
Dide — La d. p. est un syndrome mental ecc. Révue neurol. N. 7 1905.
Roubonovitch et Pholphin — Contribution à l' etiologie du syndrome de la d. p Anno médico psycol. 1 1905.
Doutrebente et Marchand — Consideration sur l'anat. patol. de la d. p. Révue N. 7 1903.
Steiner — Psych. neurol. Wochenscrf, N. 8 1905.
Kraepelin — Fragestellungen der Klin Psych — Central. bl. f. Nerv. Heilk und Psych. Agosto 1905 Rec. Vedrani.
Pellizzi — Paraplegia spasmodica famigliare e d. p. Riv. sper. di Freniatria I 1906.
De Sanctis — Sopra alcune varietà della d. p. Ibidem.
Rebizzi — La causa tossica in alcune m. mentali — Riv. di patol. nerv. e mentale. N. 6, 1906.
Pighini — La criminalità nella d. p. Riv. sper. di Freniatria p. 859 1906.
Prigione — Contributo alla patogenesi della d. p. Giorn. di Psich. clin. ecc. III 1906.
D'Ormea — Sulla diagnosi di amenza. Ibidem.
Vigouroux et Delmas — D. précoce avec autopsie ecc. Soc. anat. Juillet 1906 (Révue neurol. 1907 N. 14).
Regis — Prècis de Psychiatrie. 3.ª ed. 1906.
Ziveri — La funzional. epatica nei d. precoci, Il Manicomio II 1907.
Saiz — Sul significato delle anomalie fisiche in rapporto ecc. Riv. sper. di fren. II, 1907.
Lugiato — Studio sulla morfologia dei dementi precoci. Il Morgagni N. 1 1907.
Joffroy — Traumatisme craniens et troubles mentaux. Encephale N. 2 (Révue Neurol. 1907).
Wolfsohn — Die Heredität bei d. p. Allg. Zeitsch f. Psychiatrie N. 2-3 1907.

CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO

DELLE

FUNZIONI DEL CERVELLETTO

PEL

Prof. Urbano Alessi

Direttore del Manicomio di Sassari

In un organismo animale qualunque, a ben considerare, nessun viscere, nessun tessuto, nessun elemento ha dal lato strutturale, fisiologico e patologico indipendenza assoluta, una individualità propria. Tutto è armonicamente congegnato e con scambievole vicenda, non ancora a noi ben nota, non vi è struttura, non funzione, non malattia che non esplichi la sua influenza su tutto l'organismo stesso e sulle sue diverse parti.

Di fronte però alla schematica nosografica ed anche alla fisiologia e all'anatomia noi troviamo una relativa individualità, sempre più appariscente, per quegli organi e visceri che sono di apparizione filogenetica più antica, mentre essa si limita, si oscura e sparisce per quelli più recenti e che hanno acquistato un carattere direttivo su tutti gli altri. È così che mentre per es. possiamo immaginare (dico immaginare) un rene ammalato e un fegato sano in un medesimo individuo, ciò non può valere in relazione al sistema nervoso centrale, che di tutto ha sentore e che non rimane mai estraneo a qualsiasi alterazione dell'organismo.

Noi possiamo ancora immaginare una alterazione localizzata in una porzione relativamente grande e importante del fegato, di un rene, di un polmone e anche del cuore, senza che la funzione del viscere cada nello scompenso e si mostri cioè *apparentemente* alterata, ma questo non può succedere per il sistema nervoso centrale e specialmente per quella parte racchiusa nella scatola cranica, senza che le funzioni nervose tutte e quella più elevata che è la psiche, non si risentano subitamente anche per una lieve e limitata lesione. E qui in particolar modo si ha che il fenomeno dell'azione a distanza nasconde

maggiormente l' individualità funzionale di ciascuna parte, per quanto appunto la funzione stessa è più elevata, ed invero, mentre si sono potute localizzare e quasi isolare molte funzioni nervose, non si è seriamente riusciti in quest' intento a riguardo delle funzioni psichiche, che, in apparenza divisibili e psicologicamente divise, pure rimangono sempre compenetrate l' una nell' altra in modo che fino ad ora, malgrado le ipotesi geniali di alcuni psichiatri, non si è potuto fare nessuna differenziazione a base anatomica, che resista a qualsiasi obiezione.

In mezzo a tutte queste difficoltà, dirò così, discriminative, è evidente che ardua impresa è quella di voler proiettare in un punto determinato del vasto campo della psiche la funzione del cervelletto, che nondimeno a parere di quasi tutti gli studiosi vi deve rappresentare una parte notevotissima.

Da più fonti si è dedotto questo criterio, ma certamente la più sicura, e quella intorno alla quale deve instancabilmente aggirarsi la nostra investigazione, è la fonte clinica.

E il più grande esploratore delle funzioni del cervelletto, il LUCIANI, dopo aver detto a pag. 215: (Il cervelletto - Succ. Le Monnier. 1891) « Sebbene l' insieme dei casi di maggior valore illustrati finora non permettano di considerare il cervelletto come sede di qualsiasi funzione psichica, tuttavia non si può escludere, anzi sembra razionale il ritenere (ammesso che l' innervazione cerebellare faccia sentire più o meno la sua influenza, direttamente o indirettamente, in tutto il sistema) che tanto gli stati irritativi che le deficienze funzionali dell' organo, possano modificare il modo di essere e di funzionare dei centri psichici, da indurre un qualche sensibile cambiamento del *carattere* (in forma di esaltamento o di depressione) da noi alquanto vagamente rilevato nei nostri animali operati al cervelletto » conclude, che la soluzione di questo quesito è assolutamente affidata alle ricerche cliniche.

Non ho io la pretenziona e nemmeno l' opportunità di portare un valido contributo clinico per togliere le incertezze e diradare i veli che nascondono alla nostra interpetrazione la parte che il cervelletto rappresenta nell' estrinsecazione delle funzioni psichiche del sistema nervoso centrale dell' uomo: ma solo mi propongo di fare alcune considerazioni a proposito di un caso da me osservato, cercando di interpetrarne la sintomatologia attraverso i dati forniti dalle conoscenze anatomiche, fisiologiche, cliniche e dall' anatomia comparata.

Il 16 Novembre 1896 fu condotto nella Clinica delle Malattie nervose e mentali della R. Università di Pisa (io vi era come aiuto alla Clinica stessa) l'ammalato F. Augusto, di Pisa, di anni 45.

Il padre suo, che è medico, ha 80 anni; esso è noto per le sue stravaganze. Non si hanno notizie sulle malattie e sul carattere della madre; si sa solo che morì di tifo. Un fratello soffrì molto di dolori di capo: uno zio paterno era pure molto stravagante, e un cugino paterno si suicidò. Il F. studiò per 3 anni alla Scuola Agraria di Pisa; poi si stancò, lasciò gli studi e s'impiegò ad una Banca. Ben presto si urtò col cassiere e si dimise. Prese esame per maestro comunale e come tale prima andò a Casciana, poi a S. Luce, ma dovette presto uscirne per ragioni politiche. Da giovane poi commise parecchie stranezze e quando era a Casciana fuggì colla prima donna di teatro. Dicono poi i parenti che è stato sempre smanioso, disordinato, non poteva continuare in uno stesso proposito, e camminava sempre lesto e in fretta, con tendenza a spingersi in avanti.

Non ebbe malattie celtiche per quanto dicono i parenti malgrado la sua vita un po' avventurosa, nè mai esagerò nell'uso di alcoolici e nemmeno fu molto portato alla Venere. Soffrì però per più anni di dolori reumatici, che contrasse da giovane al tempo della piena dell'Arno (1868) facendo volontariamente il servizio di portare i viveri alle famiglie bloccate dall'acqua. A circa 30 anni prese moglie e ne ebbe 4 figli. Non cambiò però di carattere e in conseguenza della sua instabilità e del suo disordine ebbe molti dispiaceri e mentre dopo di avere abbandonata la professione del maestro, si dedicò alle imprese commerciali, subì una grave perdita di danaro, per cui rimase finanziariamente dissestato. Si impiegò allora come Direttore dell'ufficio telefonico, ma non lasciò di darsi al commercio senza averne alcuna attitudine. In questo tempo cioè circa sei o sette anni or sono perse circa 25 mila lire, arrischiate in un'impresa e ciò lo preoccupò moltissimo e lo rese sempre più smanioso e disordinato. Divenne meno affettuoso in famiglia, trascurato, irritabile e taciturno. Intanto accusava pure una sensazione di fascia all'addome ed era divenuto indifferente ai rapporti sessuali. Da due anni poi i parenti si accorsero che il F. presentava un globo oculare più sporgente dell'altro, e quindi lo fecero visitare dal prof. Manfredi Direttore della Clinica oculistica di Pisa, il quale notò nel suo registro:

« F. Augusto: 14 Novembre 1894 Leggera miosi — Iridi che reagiscono appena alla luce. Rima palpebrale destra più aperta della sinistra. Paralisi del gran obliquo. Nel fondo dell'occhio nulla di speciale.

In relazione all'esame generale notò:

« Incoordinazione nei movimenti degli arti inferiori; riflessi rotulei diminuiti; nelle urine niente di speciale. Esclusa la sifilide ».

Nel Luglio ebbe un attacco apoplettiforme, che si ripresentò anche nell'Ottobre.

Nei primi di Novembre si fece serio e preoccupato più del solito in modo che si mise febbrilmente a riguardare tutti i suoi conti che in realtà non corrispondevano, e ciò, come causa esterna apparente determinò in lui un delirio di rovina di miseria e l'idea di essere un ladro, e quindi di dover essere arrestato e condotto in carcere. Non volle più firmare nessuna ricevuta pel suo ufficio e per due volte tentò di suicidarsi.

Fu condotto in Clinica in uno stato di grave agitazione. Aveva infatti una fi-

sionomia spaventata, era smanioso, e interrogato rispondeva a monosillabi, mostrando però sempre il proposito di suicidio, l'idea di essere arrestato, e di quando in quando piangeva al ricordo della famiglia rovinata.

Esaminandolo presenta i fatti seguenti :

Andatura incerta, incedere sospettoso: entra nella stanza come se vi fosse spinto e studia subito tutto l'ambiente ritraendone un'impressione spaventosa.

I tratti mimici facciali mancano assolutamente di espressione, il che fa contrasto coll'atteggiamento di tutta la persona e collo sguardo vagante, ma alternativamente fisso sopra un dato oggetto o individuo, esprimenti l'uno e l'altro sospetto e paura. Non vuole andare a letto e non vuol mangiare.

Temperatura e respirazione normali: polso debole ma regolare e ritmico: alito fetido: lingua paniosa: meteorismo: stitichezza.

Dal lato antropologico si nota: platicefalia occipitale evidente: prognatismo: naso grosso, lungo e deviato a destra; dentatura cattiva per carie.

Area del cuore nei limiti normali: toni deboli, ma netti tranne il 2° aortico, che è rinforzato, quasi metallico.

Apparato pulmonare normale: stomaco fegato e milza nei limiti normali.

Tiroide e sistema glandulare linfatico nulla di speciale.

Urine: Quantità 1500 cmc. colore giallo carico: reazione acida: peso specifico 1026; fosfati. solfuri e urati abbondanti: cloruri normali: Urea 16,8 o|oo: deposito mucoso: assenza di albumina e zucchero: esame microscopico negativo.

Ateromasia delle arterie temporali e ectasie capillari ai pomelli.

Niente di notevole da parte del sistema glandulare linfatico.

Apparati sensoriali. Leggero esoftalmo a sinistra; paralisi del grande obliquo, pupille egualmente miotiche e la sinistra con contorno irregolare. Acuità visiva deficiente; distingue il numero delle dita a un metro e mezzo di distanza. L'esame oftalmoscopico non ci fa notare alcuna alterazione del fondo dell'occhio.

Nessuna lesione apparente ai due apparati uditivi esterni; avverte il battito dell'orologio a 10 cm. tanto a destra che a sinistra vi é normale trasmissione del battito attraverso le ossa craniche.

Gusto, olfatto e tatto normali, come pure l'orientazione nello spazio.

La sensibilità generale è conservata, così che avverte bene e localizza le impressioni di contatto, termiche, bariche, e stereognosiche; si nota però una spiccata ipoalgesia, sia per la puntura di spillo, sia per una corrente faradica assai intensa. (Reoforo di Erb).

Riflessi. Le pupille non reagiscono nè alla luce nè all' accomodazione. Si riscontrano debolissimi i riflessi, congiuntivale, corneale, nasale, auricolare e faringeo. Manca l'epigastrico e l'ipogastrico; vivace il cremasterico; accennato il plantare: mancano il rotuleo, il radiale e cubitale: o non vi è clono del piede, non vi è il fenomeno di Babinski.

Motilità. Tranne la paralisi del grande obliquo non presenta altri disturbi nei movimenti dei globi oculari. Vi è qualche rara contrazione nel muscolo frontale; la lingua è sporta bene e presenta leggere contrazioni fibrillari alla punta.

Non si notano disturbi nell'articolazione delle parole. Parla in fretta, a scatti. Tenuto in posizione di « attenti » oscilla lievemente e tende a cadere indietro; ciò

si accentua ad occhi chiusi. Nella deambulazione, che è incerta, procede a zig-zag, quasi seguendo l'incoordinazione tumultuosa della sua ristretta ideazione.

Non poggia a terra il tallone con forza, che ha movimento di falciatura, ma spesso anzi striscia la punte dei piedi, come sembra abbia fatto quasi sempre poiché i parenti dicono che consumava le scarpe specialmente in questa porzione anteriore. Fa rapidamente il « dietro fronte » ma con oscillazioni laterali, tendenza a cadere indietro ed equilibrandosi col divaricare le gambe e innalzare le braccia a guisa di bilanciere. Comandandogli di mettersi a sedere, quando é vicino alla sedia vi cade di colpo, e per rialzarsi spontaneamente si appoggia alla spalliera colle mani e braccia tese all'indietro, mentre per rialzarsi al comando e prontamente, porta con forza tutto il tronco in avanti e quando con questo slancio è riuscito ad alzarsi deve fare alcni passi disordinati per mettersi in equilibrio statico.

Anche nei movimenti degli arti superiori vi è disordine, tanto che versa facilmente il contenuto di un bichiere non per tremore, ma per incoordinazione negli atti volontarì. Facendogli toccare un punto determinato, come il naso, un oggetto vicino oppure dicendogli di riunire avanti a sè le punte dei due indici, non ci riesce mai alla prima, e il fatto stesso accade anche per gli arti inferiori.

Le masse muscolari sono flaccide, ma non vi si notano variazioni elettriche galvaniche, quantitative, né qualitative in alcun fascio, come pure è normale l'eccitabilità faradica sia sui nervi, sia sui muscoli. Al dinamometro Mathieu, segna a destra 25 Kgmtri, a sinistra 15.

Rifiuta il cibo perchè, dice lui, ha paura che i creditori pensino che abbia messo assieme dei denari, rubandoli.

Quindi fin dai primi giorni convenne alimentarlo colla sonda naso-esofagea, e a questa operazione non si ribellava affatto in quanto che, sempre a suo dire, essendogli imposta, nessuno può rimproverarlo nè condannarlo, se mangia.

Così pure non dorme, temendo che vengano i carabinieri per arrestarlo. Spesso però cede al sonno e specialmente nella giornata dorme un' ora o due, per destarsi poi in preda a grande spavento, che esprime colla fisonomia e con agitazione e ansia generale.

Durante il giorno per lo più si mantiene isolato e spesso sembra che stia in ascolto. Non si può bene precisare se abbia allucinazioni uditive, peró frequentemente parla a voce alta come se in propria difesa volesse rispondere a frasi che lo insultano nella sua qualità di amministratore di aziende private.

A gran fatica si può interrogarlo per lo studio delle caratteristiche fondamentali della sua psiche, poichè il suo delirio, di non colpabilità e di rovina completa e involontariamente subita, non dà quasi mai tregua e lo rende sospettoso e spesso muto di fronte alle domande. Non ostante il fatto che più apparisce chiaramente è la incoordinazione e la quasi dissociazione delle idee, e la disintegrazione dei concetti.

In quelle poche risposte che ci dà, si nota una grande lentezza nella rievocazione delle idee, e dei concetti, malgrado che li esprima a scatti, quasi impulsivamente. La memoria del passato, per quanto frammentariamente, è assai conservata, ma non così per i fatti più recenti, che risalgono cioè a circa 4 o 5 mesi, e per i quali si ha la maggiore confusione, oscuramento e mancanza di particolari schiaritivi e anche dei principali punti di orientamento nel tempo e nello spazio. É

così che confonde i nomi e le date, e che non ricorda da quanto tempo si trova in Clinica né chi è venuto a visitarlo e quando.

Attende per pochi momenti e cioè fino a che la sua tardanza di percezione gli permette di aver compresa una domanda qualunque. Allora a seconda del contenuto di questa domanda, continua nel suo stato ansioso e delirante, oppure si eccita e ne trae nuovo argomento per la sua disperazione. L'ideazione è povera come pure il ragionamento, nel quale difetta grandemente la logica, sia che le premesse sieno giuste, sia che sieno errate. In certi momenti anzi sembra che la grande confusione delle poche idee stia nel campo psichico a rappresentare l'agitazione e l'ansia del campo motorio e del sentimento. Si conduce quindi anche disordinatamente e con incoerenza e inconsideratezza, e la volontà si estrinseca frammentariamente a scatti, dopo periodi più o meno lunghi di inerzia e sempre con discorsi e con atti in difesa della propria personalità, e con qualche accenno di ribellione. Presto però si esaurisce e in queste condizioni qualche volta piange. La vista dei parenti non lo scuote nè desta in lui sentmenti affettivi di tale intensità da poterlo interessare anche per poco tempo, e continua a dire « non ho preso nulla . non ho rubato nulla. »

In queste condizioni si mantenne per circa 25 giorni, durante i quali alternativamente fu necessaria l'alimentazione colla sonda, ed una attiva sorveglianza in relazione a propositi, più che a tentativi, di suicidio.

Intanto è notevolmente deperito; scomparso quasi il pannicolo adiposo: masse muscolari flaccide: a stento si regge in piedi: polso raro e debole. A ciò fa contrasto la trasformazione del suo delirio, che ha assunto un contenuto megalomane, per cui parla di centinaia di migliaia di lire, colle quali soddisfa tutti quelli che dicono di essere suoi creditori. Sono comparse pure, più manifestamente, allucinazioni uditive, sia a base di semplice corrispondenza, sia a contenuto terrifico, per cui tenta di scappare da letto. Questo stato di cose è il primo accenno della fase rapidamente dissolutiva e già in questi giorni nelle urine, scarse, viene osservata una abbondante quantità di albumina, e l'urea al 10. 2 °|₀₀.

Intanto l'ammalato non risponde più alle domande, è in preda a convellimenti muscolari generalizzati, emette suoni inarticolati e deboli, presenta impiagamento, decubito e temperatura serale 37. 8 - 38 - 5.

Passa rapidamente allo stato comatoso e dopo tre giorni muore.

Diagnosi clinica.

La sensazione di fascia all'addome provata già da 3 o 4 anni , l'assenza del riflesso rotuleo: il sintoma di ROMBERG: in parte quello di ARGIL - ROBERTSON: (per quanto mancasse la reazione pupillare all'accomodazione e alla convergenza) le pupille miotiche; fecero emettere la diagnosi di tabe dorsale, per quanto assai all'oscuro per ciò che si riferisce al fattore etiologico. Infatti esclusa la sifilide, altre gravi infezioni, notevoli strapazzi etc. non ci rimane altro che l'elemente reumatico comparso all'evidenza fin dalla giuventú.

Ma la tabe dorsale non spiegava tutta la sintomatologia specialmente psichica, e quindi in via di probabilità. fu ammessa la paralisi generale progressiva, pensando che potesse trattarsi di uno di quei casi nei quali questa forma morbosa si associa alla tabe dorsale, malgrado che da questa possibilità ci tenesse ancor più lon-

tani la quasi assoluta convinzione della mancanza di elementi etiologici potenti, quali per es; la sifilide.

Setticemia, stato uremico.

REPERTO NECROSCOPICO

Cadavere di uomo adulto con scheletro regolare: pallore della cute: masse muscolari atrofiche: rigidità cadaverica persistente: macchie ipostatiche alle parti posteriori del tronco: nella regione sacrale si nota una estesa piaga di decubito.

Necrasse — Dura madre cerebrale e spinale niente di speciale, nel seno longitudinale maggiore grumi sanguigni; corpuscoli del PACCHIONI molto sviluppati; liquido aumentato negli spazii subaracnoidali; ve ne è una discreta raccolta in corrispondenza della cauda equina. Questo liquido è relativamente limpido, non corpuscolato.

Tolta la massa encefalica col midollo spinale non si nota niente di speciale nei seni della base del cranio, il quale presenta fosse cerebellari piccole asimmetriche: ma non usurate; la fossa destra è più ampia e profonda della sinistra: vi è appiattimento dell'osso occipitale.

La pia madre è anemica e si distacca con facilità dalla superficie del cervello.

Consistenza del cervello leggermente aumentata; circonvoluzioni normali di numero, forma e disposizione: le scissure sono più marcate del solito. Nei peduncoli laterali vi è poco liquido sieroso: sostanza cerebrale anemica, corteccia leggermente atrofica: grossi gangli della base normali: tela coroidea anemica e con degenerazione cistica: eminenze quadrigemelle normali: IV ventricolo niente di speciale: cervelletto piccolo specialmente l'emisfero sinistro: al taglio si nota atrofia accentuata tanto dello strato corticale cerebellare quanto del corpo dentato; alla base del cervello, peduncoli cerebrali, ponte e bulbo niente di notevole.

Il midollo spinale si presenta al tatto di una consistenza leggermente aumentata, ed è più piccolo del normale: al taglio si vede un leggero colorito grigio scuro in corrispondenza dei fasci di BURDACH e GOLL specialmente lungo il solco longitudinale nella porzione cervicale.

Torace e addome — All'apertura della cavità addominale si notano le anse intestinali anemiche e distese da gas; il peritoneo liscio; il fegato non deborda dall'arco costale.

Sollevato lo sterno si trova l'area cardiaca di volume un po' impiccolita, per la distenzione dei lembi polmonari: nella cavità pericardica poco liquido sieroso: cuore di volume normale: nel ventricolo destro grumi sanguigni: tricuspide ed arteria pulmonare sana: nel ventricolo sinistro pure grumi: bicuspide normale: aorta con incipiente ateromasia. Polmone destro di volume normale: crepitante alla pressione: al taglio leggero edema ed ipostasi nelle parti più declivi: nell'altro polmone si hanno gli stessi fatti.

(*) L'autopsia fu praticata dal compianto prof. Angelo Maffucci.

Fegato di volume normale, con superficie liscia; cistifellea con bile picea, al taglio stasi.

Milza di volume leggermente ingrandita: al taglio si nota iperemia della polpa.

I reni sono di volume normale: la capsula si svolge con facilità; vi è forte iniezione delle venule stellate. La sostanza corticale appare di colorito grigiastro; e nel suo spessore si notano numerosi ascessolini.

Vescica distesa: la sua mucosa è di colorito ardesiaco, edematosa, presenta le caratteristiche della cistite cronica.

Nello stomaco e intestino nulla di speciale.

Diagnosi anatomica — Lieve atrofia della corteccia cerebrale: atrofia accentuata della corteccia cerebellare e corpo dentato. Degenerazione dei cordoni di GOLL e BURDACH. Piccoli e numerosi ascessi renali: piaghe di decubito. Setticoemia.

ESAME MICROSCOPICO

L'esame microscopico non mi fu possibile praticarlo altro che sopra pezzetti di corteccia cerebrale dei varii lobi, e di corteccia cerebellare e corpo dentato.

I varii pezzi furono fissati sia in soluz. 1 o|o di sublimato (HEIDENHEIM) sia in liquido di MÜLLER per i metodi MARCHI, GOLGI e WEIGERT-VASSALE, e direttamente nel nitrato di argento (1 o|o) per il metodo CAIAL.

Corteccia cerebrale — Nelle sezioni della corteccia dei diversi lobi già col metodo NISSL si notano segni evidenti d' atrofia. Scarseggiano gli elementi nervosi nello strato molecolare mentre sono aumentati i nuclei di nevroglia. Le cellule grandi e piccole piramidali sono discretamente pigmentate, specialmente verso il cono apicale; spesso si presentano ridotte di volume e con contorno alquanto irregolare. La maggior parte presenta zone colorate a differente intensità, ora quasi omogenee ora con granuli più o meno grossi. Il nucleo per lo più è eccentrico e spinto verso le zone omogeneizzate, ed è alcune volte vescicoloso e poco colorato. Altre cellule ma raramente sono in via di disfacimento per degenerazione granulo-pigmentaria e attorno ad esse si nota uno o due elementi piccoli, rotondi, granulosi e fortemente colorati che si spingono entro il corpo della cellula alterata, lasciando avanti a loro un alone rifrangente. Questi elementi finiscono poi per rimanere rinchiusi entro il corpo cellulare, attorno al nucleo, il quale si distingue per la sua omogeneizzazione e spesso per essere poco colorato e raggrinzato. I prolungamenti non sempre hanno contorni ben definiti; nè assumono il colore in modo omogeneo; in molti punti delle sezioni se ne trovano anzi alcuni pallidissimi, altri come se fossero ridotti di volume e altri infine con interruzione nel loro percorso e anche alla base.

Ciò è presso a poco identico tanto per i prolungamenti basali come per il cilinder assile. In questo stato sono abbastanza numerosi i nuclei di nevroglia.

Queste identiche alterazioni sono meno diffuse e meno gravi nello stato profondo della corteccia, ma anche qui non mancano, e non poche cellule poligonali e polimorfe sono in fase cromatolitica parziale e generale con zone granulo-pigmentate.

Nelle sezioni dei pezzi trattati col metodo rapido di fissazione osmio-cromica e (CAIAL) o coll'impregnazione al nitrato di argento (metodo GOLGI) si notano molte vaste interruzioni e varicosità nelle fibre intrecciate dello stato di EXNER e aspetto

moniliforme di molti prolungamenti protoplasmatici e cilinder axis delle grandi e piccole piramidali, non che di alcune fibre del Martinotti. Le fibrille (metodo Cajal) endocellulari, discretamente visibili nelle grandi cellule piramidali, sono irregolarmente disposte. a maglie larghe, ma non presentano notevoli alterazioni.

Il metodo Veigert - Vassale, non mostra vere e proprie degenerazioni, ma lascia vedere fibre tangenziali e commessurali malamente differenziate con ingrossamenti irregolari e colorazione non sempre uniforme. Le fibre tangenziali sono diminuite. Alcune fibre di proiezione mostrano un grado maggiore di alterazione, ma non le ho potute seguire perchè la mia ricerca si è limitata alla corteccia e quindi non posso decidere a qual sistema appartengano nè concludere sulla importanza del loro significato.

Le sezioni, colorate col carminio alluminato. coll'ematossilina Delafield presentano i piccoli vasi vuoti di sangue, con endotelio leggermente opacato, spazii perivascolari ridotti di ampiezza, e nessun elemento leucocitario nè di apparenza speciale attorno ai piccoli vasi e in vicinanza delle cellule nervose. Non vi è dunque nessun accenno ad elementi morfologici conformati a bastoncello (Stäbchenzellen di Nissl).

Corteccia cerebellare.

Le sezioni sono state praticate tanto su porzioni del verme, come dei lobi cerebellari.

Il metodo Nissl a prima vista ci fa vedere vaste aree della sostanza carticale nelle quali sono rarissimi gli elementi cellulari, e ridotti tutti più o meno di volume.

Non ostante le piccole cellule stellate dello strato molecolare sono discretamente colorate, come pure quelle più grandi dello strato granuloso.

Le maggiori e più estese alterazioni sono a carico delle cellule di Purkinje, le quali sono ridotte in numero e in volume. Quasi nessuna ha l'aspetto completamente normale, sia perché è deformata, raggrinzata, sia perchè priva di prolungamenti e molte volte di aspetto rotondo. Alcune poi sono in completo disfacimento granulo-pigmentario, con aree scolorate e omogeneizzate e nucleo eccentrico, piccolo, sbiadito e raggrinzato. Attorno a queste cellule si vedono qua e là piccoli elementi rotondi e granulosi che si avanzano in mezzo ai detriti e si avvicinano al nucleo.

Coi metodi dell' impregnazione al nitrato di argento si vede innanzi tutto che poche cellule del Purkinje hanno assunta la colorazione caratteristica e che non si presentano, come normalmente, disposte in modo regolare lungo una linea curva; ma quale più alta, e quale più bassa. Pochissime mostrano la struttura interna fibrillare, e di queste fibrille, ora spezzate, ora assiepate assieme, non se ne distingue nettamante il percorso, tanto che qualche volta non si vedono altro che globetti e piccoli punti nerastri. La maggior parte dei prolungamenti sono, almeno in apparenza, spezzati a diverse distanze ed anche alla base: ciò è però più evidente nei prolungamenti a ricca arborizzazione, che in questi preparati è ridotta in modo notevolissimo. Altri poi hanno aspetto, moniliforme. Anche i cestellini che attorniano le cellule di Purkinje, e che sono emanazioni di collaterali sfioccate delle piccole cellule stellate del 1.° strato, sono mal definiti e spesso si confondono colla massa più o meno informe e sfrangiata della cellula stessa sulla quale si applicano. Le

cellule piccole e grandi della nervoglia sono assai vicine, tantochè sembrano aumentate nel campo del microscopio: esse sono completamente impregnate del sale di argento e mostrano prolungamenti normali.

Nelle sezioni colorate col Weigert - Vassale si notano specialmente nello strato molecolare molte fibre a decorso parallelo scolorate, rigonfie, degenerate, e in queste medesime condizioni si trovano ancora alcune fibre a decorso longitudinale. Rispetto ai vasi si ha il medesimo reperto della corteccia cerebrale.

Nucleo dentato.

Come già macroscopicamente, anche nel campo del microscopio a piccolo ingrandimento il corpo dentato si presenta ridotto ad un piccolo nastro irregolare e disposto a frangia e in alcuni punti interrotto. Le cellule nervose di questo nucleo sono notevolmente ridotte di numero e volume: la maggior parte sono atrofiche, mal colorate, (metodo Nissl) con granuli refrangenti e altri pigmentati, con nucleo piccolo, raggrinzato e prolungamenti appena visibili nella porzione prossimale. Le cellule piccole della lamina grigia sono granulose e molto diradate. I metodi al nitrato di argento mettono in evidenza una gran povertà delle ramificazioni delle cellule nervose, e molte varicosità e spezzature in quei prolungamenti che sono visibili. Qua e là col metodo Weigert - Vassale si vedono in tutte le direzioni fibre degenerate.

I piccoli vasi non presentano alterazioni notevoli.

***

Riassumendo, abbiamo trovato macroscopicamente lesioni dei cordoni posteriori e tanto macroscopicamente che microscopicamente il sistema nervoso centrale si è presentato in preda ad atrofia, che però è più intensa e diffusa nella corteccia cerebellare e nel corpo dentato.

Interessante sarebbe potuto riuscire l'esame istologico del midollo spinale, specialmente per i possibili rapporti patogenetici, dedotti da quelli anatomici fuzionali e forse indirettamente trofici, che passano fra i sistemi nevronici cerebellari (corpo dentato) e quelli dei cordoni posteriori; ma ciò come ho già detto non mi è stato possibile e quindi mi limito soltanto a ricodare che Iellinek in un suo lavoro sul modo di comportarsi del cervelletto nella tabe dorsale ha descritto notevoli alterazioni diffuse alle cellule del corpo dentato ed anche alle fibre che sono in relazione con questo nucleo.

Quale di queste tre parti, corteccia cerebrale, cerebellare e corpo dentato fosse per la prima alterata e qual rapporto di dipendenza possa esistere fra le rispettive lesioni è difficile stabilirlo e nemmeno si puó escludere che il processo atrofico sia in relazione con una causa comune che può avere agito contemporaneamente producendo effetti di diversa intensità a seconda delle condizioni nelle quali si trovavano quelle parti stesse.

Tutto intanto mi fa pensare che per il cervello e cervelletto si tratti di un' atrofia primitiva parenchimatosa, poichè il reperto istologico non ha rivelato fatti infiammatori nè di sclerosi diffusa, e le lesioni riscontrate hanno tutta l'apparenza di essere consecutive ad una causa tossica, la quale nel caso speciale male si definisce, ma che, stando a ciò che è riferito nella storia clinica, si può connettere alla diatesi reumatica dal F: presentata. Questo reperto poi corrisponde quasi esattamente a quello descritto da LANNOIS e PAVIOT in casi di atrofia sia primaria che secondaria del cervelletto, come a quello riferito dal ROSSI in un caso di atrofia primitiva parenchimatosa del cervelletto, e nel quale notò atrofiche le cellule di PURKINJE e rarefazione dello strato granulare.

Il ROSSI pensa che quest'atrofia da lui riscontrata sia dovuta all' azione di tossine di origine intestinale.

∴

Da quanto ho esposto apparisce chiaramente che non si trattava affatto di un caso di paralisi generale, e nemmeno di quella forma atipica studiata da LISSAUER, BUDER e altri. L'insieme però dei sintomi somatici e psichici e specialmente l' ultima fase, così rapidamente dissolutiva, scusa in parte il dubbio diagnostico, tanto più che trattavasi di un tabico e di un individuo, che, per il suo carattere e contegno precedente, poteva sembrare disposto alla paralisi generale.

Del resto difficile sarebbe stato raccogliere separatamente alcuni sintomi che dopo l'autopsia troviamo essere abbastanza chiaramente in rapporto con una lesione cerebellare, poichè, e la sindrome cerebellare non era completa, e il concetto di tabe assorbiva parte dei fenomeni, mentre altri, associati ai gravi disordini mentali facevano sorgere il dubbio della paralisi generale.

Intanto io mi propongo di analizzare qualche sintoma presentato in vita da questo individuo, per metterlo poi in relazione col reperto anatomo - patologico.

E per far ciò, comincio dal ricordare qualche fatto generico intorno alla patologia del cervelletto, per venire poi a fatti sempre più concreti e caratteristici e che possono servire per interpetrare la sintomatologia del caso descritto.

Molti autori hanno parlato di assenza, di asimmetria, atrofia, scle-

rosi, tumori etc: del cervelletto, ma la clinica è ancora insufficiente a darci un indirizzo preciso per interpetrare nell'uomo le funzioni del cervelletto stesso, e questa insufficienza trova spiegazione, secondo il LUCIANI « sulla superficialità, incompletezza ed imperfezione degli esami « praticati in vita, sulla mancanza di esattezza e precisione di linguag- « gio impiegato nella descrizione dei fenomeni abnormi: sul modo talora « troppo lento, talora troppo rapido ed irregolare di svolgersi delle « malattie cerebellari: sulle difficoltà che quasi sempre si incontrano di « precisare i limiti, la profondità e l' intensità della lesione: infine dalla « quasi impossibilità, attesa la mancanza di una dottrina scientifica del « cervelletto, di ben distinguere nella sindrome dell' atassia cerebellare « fenomeni irritativi da quelli di deficienza e di compensazione. »

Anomalie e lesioni del cervelletto sono state frequentemente riscontrate in individui epilettici, imbecilli, idioti, come può vedersi nella tavola seguente.

TAVOLA I.

Atrofie e asimmetrie del cervelletto, con epilessia, idiozia o imbecillità.

1.°	Atrofia crociata cerebro-sinistra, cerebellare destra.	BOURNEVILLE e R. MANGERET. V. XXIV 1904 p. 198.	Epilessia, imbecillità, emiplegia destra.
2.°	In 6 casi, asimmetria cerebrale e in 5 anche cerebellare.	BOURNEVILLE — id. pag. 299.	Idioti e imbecilli con epilessia.
3.°	Idrocefalo. Atrofia cerebrale destra, cerebellare sinistra.	BOURNEVILLE e I. NOIR idem pag. 310.	Epilettico.
4.°	3 casi di atrofia del cervelletto.	DUGUET. Cit. da Della ROVERE e de VECCHI.	Epilessia.
5.°	Cervelletto ridotto alla metà.	HUPPERT Cit. idem.	Epilettico.
6.°	Notevole riduzione del verme e degli emisferi.	BORELL Cit. idem.	Epilettico.
7.°	Cervelletto piccolissimo.	INGELS Cit. idem.	Epilettico. Imbecille

8.°	Atrofia di un lobo cerebellare (2 casi).	MESCHEDE e KIRCHOFF Cit. idem.	Epilessia.
9.°	Atrofia di un lobo cerebellare.	C. MAYOR. Atrofia e sclerosi del cervelletto in un caso di imbecillità epilettica (1)	Epilettica — idiota.
10.°	Mancanza del verme	ROSSI I. Cit. idem.	Idiota.
11.°	Atrofia del cervelletto infantile acquisita, idrocefalo.	REDLICH (Société méd. des hop. de Paris, 3 Nov. 1894. Revue neurol. 1895.	Imbecille.
12.°	Atrofia crociata cerebrale destra, cerebellare sinistra.	LANNOIS. Atrophie unilatérale du Cervelet. Société des Sciences méd. de LYON. LYON méd. xxx année N. 87 N. 15 1898.	Epilettico.
13.°	Atrophie cérébrale et Cérébelleuse.	BOURNEVILLE Comunicat. Soc. anat. Déc. 1904 Bull. p. 777.	Fanciullo imbecille ed epilettico.

In qualche epilettico BEVAN LEWIS riscontrò sclerosi anche nel cervelletto, e TIRELLI, pure in epilettici ebbe ad osservare lesioni dei prolungamenti e delle cellule di PURKINJE.

In tutti questi casi però non è mai mancata anche qualche grave alterazione del cervello, o la descrizione della sintomatologia presentata da questi ammalati non ci chiarisce alcuna idea in proposito, anzi ci lascia supporre che tanto l'epilessia, quanto l'idiozia e l'imbecillità fossero direttamente sostenute da lesioni cerebrali, e che il cervelletto in tanta rovina funzionale, motoria e psichica, non potesse dare sentore di sè nella sindrome fenomenica, altro che per aggravarla.

Nella medesima oscurità e incertezza ci lasciano le osservazioni di lesioni e asimmetrie del cervelletto in bambini appena nati, (DEPAULT, PIGNÊ, TENCHINI, ROSSI etc.) come quelle nelle quali non fu

(1) Journal of mental Science. Gennaio 1883. p. 532.

osservato alcun disturbo notevole, sia motorio sia psichico (Clapton, Fischer, Sommer, Fusari, Hitzig, Amaldi, C. Martinotti etc.).

Altri autori (Fraser, Seppilli, Flecsig, Spiller, Thomas, Lallement etc.) ricordano casi di asimmetria, atrofia e sclerosi del cervelletto accennando soltanto a fenomeni motori più o meno accentuati, ma anche da questi non è possibile dedurne dati esatti da poterli sicuramente riferire alla funzionalità del cervelletto stesso. Assai di più invece ci dicono le osservazioni di casi con lesioni acquisite non durante lo sviluppo dell'individuo, ma in una età in cui questi aveva già dato segni della propria personalità, e di simili casi me ne varrò volta a volta secondo l'opportunità.

Una confusione maggiore però si nota per ciò che riguarda i disturbi mentali nelle lesioni del cervelletto, tanto è vero che vi sono quelli che riferendone alcuni casi non ne parlano affatto (Rosenthal, Heimpel, Iackson, Dreschfeld, Curschmann, Capozzi, Gintrac, Ieger, Balzer, Ebstein, Schueppel, Bosisio, Frestel, ecc.): altri molti che ne parlano in modo indeterminato, ed infine alcuni che in malattie del cervelletto hanno trovata integra l'intelligenza (Weber, Ferber, Nothnagel, Martineau, Lanzoni, Steven, Leven, Ollivier, Allo, Wagner, Flourens, Courmont che ne riportò 15 osservazioni).

Non meno fortunata è la clinica nelle osservazioni di lesioni cerebellari localizzate come sono per es. i tumori: e ciò veramente a prima vista sembrerebbe strano poichè dette lesioni a focolaio sono state per tutto il resto del sistema nervoso un aiuto validissimo per le localizzazioni di funzione. Ma per il cervelletto, oltre alle tante ragioni di sentimento a distanza, abbiamo, specialmente per ciò che riguarda i disturbi psichici, da considerare gli effetti dell' idrocefalo secondario, per compressione sulla vena magna Galeni, che non manca quasi mai (David Ferrier).

È perciò che, come dice anche Seppilli, i casi migliori sono quelli in cui si ha atrofia del cervelletto sia isolata sia anche associata ad atrofia degli emisferi cerebrali, e in modo cioè che si abbia una lesione del cervelletto senza fenomeni di compressione.

Dopo questa breve divagazione nel campo della letteratura sulla patologia del cervelletto, torno al caso mio per discutere specialmente un fenomeno motorio che tanta attinenza ha colla psiche, e poi per valutare per quanto è possibile la parte e l'importanza che può avere il cervelletto nelle manifestazioni dei fenomeni psichici.

L'ammalato *Augusto F.* presentò spiccatissimo il fenomeno della

propulsione e procursività durante la sua malattia, e come vedremo in seguito, ciò rappresentava nè più nè meno che una esagerazione di una condizione motoria che gli era abituale.

È questo fenomeno interpetrabile con una lesione del cervelletto? La clinica e l'esperimento rispondono affermativamente a questa domanda, però nè l'una nè l'altra, malgrado i tentativi di RYNBERK, PAGANO, MARRASSINI, BOLK, LUNA, etc.) possono ancora darci elementi positivi per singole localizzazioni funzionali nel cervelletto e tanto meno a proposito della propulsione e della procursività. Anzi può dirsi che la maggior parte degli studiosi hanno osservato il fenomeno opposto più o meno associato colla rotazione, che forse è dovuta ad insufficienza motrice unilaterale.

Però già prima dell'esperimento (PAGANO), l'osservazione clinica confortata dal reperto anatomo-patologico mise in evidenza la possibilità di un rapporto fra i fenomeni suddetti e le lesioni del cervelletto, in casi di epilessia così detta procursiva; e il BOURNEVILLE specialmente tratta questo argomento colla sua consueta abilità, riferendone alcune osservazioni.

Il BOURNEVILLE (Vol: VIII. 1888) insieme a P. BRICON nel capitolo dell'epilessia procursiva dice che questa è una forma particolare « dont les accès, au lieu de présenter les phases habituelles, « sont constitués par une course ou propulsion rapide en ligne di- « recte dans l'axe horizontal du corps, ou avec rotation à grands « cercles ».

Ma la somiglianza dal lato clinico non è la sola, essa è ancora maggiore dal lato anatomo-patologico poichè proprio in casi di epilessia con fenomeni procursivi si sono osservate gravi lesioni del cervelletto.

Il BOURNEVILLE riferisce 22 osservazioni cliniche di epilessia procursiva ma pochi sono i casi seguiti da autopsia. L'osservazione XXV del capitolo suddetto intanto appartiene ad un giovane che fin dagli 11 anni ebbe stordimenti, accessi di collera, automatismo, diminuzione d'intellignza e fenomeni rotatori e che poi morì in stato di male epilettico.

Il cervelletto di costui era fortemente asimmetrico, tantochè l'emisfero destro pesava 15 gram. in più del sinistro. Vi erano però anche anomalie nei solchi e circonvoluzioni cerebrali con aspetto atrofico e zigrinato.

Nell'osservazione XLIII ricorda un caso di epilessia procursiva,

nella quale oltre a lesioni cerebrali più o meno dissiminate, ebbe a notare atrofia e sclerosi del lobo cerebellare sinistro, che pesava 35 gram. mentre il destro ne pesava 65.

Prima di BOURNEVILLE poche notizie si trovano su questo argomento, ma certamente non era sconosciuto, poichè fin dal 1869 LUYS et A: VOISIN avevano esplicitamente attirata l'attenzione degli studiosi sulle lesioni del cervelletto e dei suoi peduncoli negli epilettici.

In seguito poi le osservazioni sono andate aumentando e a me basta ricordare le parole di BIANCHI e COLUCCI a proposito dell'anatomia patologica dell'epilessia procursiva. « Le forme di epilessie procursive, circumcursive, il cosidetto automatismo ambulatorio, stanno per « lo più in rapporto a lesioni anatomiche gravi e diffuse; spesso le « lesioni predomimanti riguardavano (nelle loro osservazioni e in quel- « le raccolte) il cervelletto ed i peduncoli cerebellari. »

Non c'è forse da dare troppa importanza alle lesioni del cervelletto nell'epilessia specialmente senza fenomeni di procursività, rotazione etc. ma certamente l'esame del cervelletto dovrà essere accurato e non praticato sommariamente come si è fatto fino ad ora (BOURNEVILLE).

Ma se le osservazioni cliniche, per quanto confortate dal reperto anatomo - patologico, non vadano per ragione della complessità dei fenomeni esenti da critica, abbiamo ancora l'esperimento che viene in appoggio alla tesi sopra enunciata. Ed è specialmente il PAGANO che mi fornisce i dati migliori per sostenerla.

PAGANO servendosi del metodo della curarizzazione di singole aree corticali cerebrali e cerebellari, ha innanzi tutto stabilito che lo stato di contrattura che segue all'eccitazione cerebrale è clonico, mentre è tonico quello che segue all'eccitazione della corteccia cerebellare. Quest' ultimo intanto può essere sospeso dalla volontà.

Ma ciò interessa assai poco al caso speciale, per il quale invece è assolutamente dimostrativa l'osservazione sperimentale seguente, che io riferisco colle parole del PAGANO stesso:

« L'eccitazione dell'estremità anteriore del verme che compren- « de secondo ogni apparenza la parte anteriore del munticulus, il lobo « centrale e la lingula ..... » fa sì che l'animale « diventa quasi di « botto, furioso, si slancia contro le persone presenti, cercando di mor- « derle, o spicca salti nell'aria sforzandosi di addentare chi sa quanti « fantasmi della sua psiche agitata, corre, urla, abbaia, ringhia furio- » samente, mostrando i denti, in un atteggiamento che rivela, il più

« delle volte, un' ansia, un terrore indicibili, ed in questo stato perde
« spesso l' urina e le feci. Lo sguardo è ansioso e mobilissimo, le o-
« recchie ritte: spessissimo l' animale volta repentinamente la testa,
« abbaiando, come se avesse sentito qualcuno appressarsi dietro di lui.»

Fatte le opportune riserve differenziali fra le manifestazioni delle funzioni di relazione e psichiche del cane e dell' uomo, questa descrizione sintomatologica si attaglia perfettamente all'osservazione clinica da me riferita, dandoci con molta probabilità una spiegazione dello stato di ansia in cui si trovava il F:, ansia, che come manifestazione motoria più caratteristica ha quella della propulsione, procursività, atteggiamento e sguardo pauroso, e smania in tutti i movimenti.

L' esame macroscopico e istologico del cervelletto del F: non mi permette certamente di concludere per una localizzazione del fenomeno in discussione, ma però è chiaro che dall' insieme dei fatti e delle osservazioni, esso può essere messo in rapporto coll' alterata funzionalità del cervelletto.

∴

Ed ora passo al capitolo più astruso e indeciso della fisiopatologia del cervelletto e cioè alla parte che ad esso si può attribuire sia come perturbatore della psiche, quando è in preda ad una lesione, sia come organo che prendendo parte fondamentale a tutte le manifestazioni del sistema nervoso centrale, non può rimanere estraneo alla costruzione della personalità psichica di un individuo.

Il TAMBURINI in una nota (a pag. 431 Vol: II) del Trattato delle malattie nervose dell' OPPENHEIM, dice che dagli studi sperimentali e critici recenti può dedursi che fra le funzioni essenziali il cervelletto abbia « forse anche le psichiche, che si verificano nel campo dell'incosciente. »

Il LUCIANI svolgendo pure lo stesso concetto, anzi dandogli ipoteticamente un più alto valore, nel terminare il capitolo delle funzioni del cervello posteriore nella sua Fisiologia dell' uomo (Vol: II fas: 38 1904) così si esprime: « Ma le operazioni più intime del cervelletto,
« quelle che si occultano nelle tenebre della psiche subliminale, a cui
« forse dobbiamo i prodotti più geniali della psiche sensoriale, sono
« e rimarranno inesplorate, perchè inesplorabili colle comuni indagini
« fisiologiche. »

Svariatissime poi sono le conclusioni a questo proposito apportate da molti autori specialmente nel campo patologico, tanto che riesce

difficile discernerne la parte che può resistere anche ad una critica non molto rigorosa: e ciò specialmente perchè la maggior parte hanno il difetto comune dell'esagerazione, in modo che o al cervelletto si nega ogni partecipazione ai fenomeni psichici, oppure ad esso si attribuisce eccessiva importanza nelle manifestazioni psichiche medesime. Vedremo poi quanto realmente sia difficile, in un insieme così complesso e reciprocamente compenetrato come è il sistema nervoso centrale, sceverare qual parte isolatamente spetti ad una o ad altra porzione nell'estrinsecazione della psiche: adesso voglio prima di tutto stabilire come da molti osservatori si sieno descritti casi di assenza, atrofia, anomalie e asimmetrie del cervelletto, accompagnati da gravi disturbi mentali ed anche da vere e proprie psicopatie. E per maggior chiarezza ne riassumo alcune osservazioni nella tavola seguente.

Tavola II.

Mancanza, atrofia, anomalie, asimmetrie nel cervelletto, accompagnati da disturbi mentali.

1.°	Mancanza di cervelletto (Secondo Cruveilhier per atrofia lenta e graduale).	Combette	Indifferenza e apatia.
2.°	Divisione in 2 lobi del verme.	D. della Rovere e B. de Vecchi. Riv. pat. nerv. e ment. fasc. 6 1902.	Melanconia con agitazione.
3.°	Atrofia dei due lobi.	Verdelli: (cit. nel lavoro del N. 2)	Tardo sviluppo intellettivo: epilessia.
4.°	Atrofia cerebellare	Otto (cit. idem)	Criminale.
5.°	Riduzione del verme con due piccole appendici laterali.	Shuttlewort (cit. idem)	Arresto di sviluppo intellettuale.
6.°	4 casi di atrofia del cervelletto	Doursout. Annal. med. Psych. 1891.	1.° omicida incendiario. 2.° 3.° dementi. 4.° stuprat.
7.°	Atrofia del cervelletto.	Nonne (cit. nel lavoro N. 2)	Intelligenza deficiente.

8.°	Riduzioni del cervelletto con alterazioni istologiche.	PRONIER (cit. id.)	Corea e delirio.
9.°	Anomalie e asimmetria del verme e negli emisferi.	TENCHINI (cit. id.)	Tardo sviluppo intellettuale.
10.°	Atrofia dell' emisfero cerebellare sinistro.	O. S. STRONG. Journal of comparative neurology N. 1. Aprile 1901. p. 60	Deficiente.
11.°	Sclerosi del cervelletto.	GRANCHER Un cas d' atrophie cérébelleuse. La Med. moderne 1895 N. 52.	Deficiente: melanconico apatico.
12.°	Sclerosi o atrofia dell' emisfero destro cerebellare e del corpo dentato.	MESCHEDE (cit. da BOURNEVILLE).	Epilettico con periodi di eccitamento e delirio religioso. Demenza.

GIANNELLI su 90 casi di tumori del cervelletto in 32 trova registrati disturbi psichici e in 58 invece sarebbero mancati. Occorre però notare che non tutte le osservazioni che esso ha potuto raccogliere erano completamente sicure da giusta critica. Questi ed altri casi consimili non ci mettono altro che sull' avviso di una partecipazione del cervelletto all'estrinsecazione dei fenomeni psichici, dicendoci però soltanto che la psiche può essere disturbata quando il cervelletto stesso è ammalato. Ma rimane sempre impregiudicata la quistione più essenziale e cioè se il cervelletto per conto suo prenda parte fisiologica e patologica ai fenomeni psichici, oppure se questi vengano solo modificati per disordini funzionali e per degenerazioni a distanza che difficilmente mancano nelle lesioni del cervelletto. Infatti non è sempre facile chiamando la patologia in aiuto della fisiologia determinare con sicurezza la parte funzionale che spetta ad una singola porzione del sistema nervoso centrale, anche se sia vasta e apparentemente individualizzata, poichè è talmente complicata e reciprocamente connessa la struttura anatomica e la conseguente funzionalità che il disturbo di un'area anche piccola si fa risentire in tutto il sistema, specialmente poi di fronte alla proiezione nell' ambiente

della psiche individuale. E qui forse è il caso (colle debite riserve relative alla diversa densità del mezzo) di ricordare l' esperienza di PASCAL per la quale è dimostrato che la pressione (lesione ?) in un punto qualunque di un recipiente chiuso (scatola cranica ?) si fa risentire con eguale intensità in tutti gli altri.

Seguendo intanto questo concetto vediamo subito che dal lato clinico le lesioni nel sistema nervoso centrale che più si prestano in aiuto della fisiologia e della psicofisiologia sono quelle che per lo meno non arrecano disturbi idraulici e di pressione, pur sorvolando, per impossibilità discriminativa, sulle alterazioni funzionali a distanza che poi si convertono in anatomiche per ragioni trofiche. I reattivi della critica psicologica sono ancora positivamente inesplorati, ma in mancanza di essi ci rimane la logica e l' osservazione, che rappresentano per il momento e per molto tempo ancora la matematica delle scienze biologiche.

Vediamo adunque quel poco che i varii autori hanno scritto attorno al rapporto fra cervelletto e fenomeni psichici, e se poi dal caso descritto sarà possibile trarre qualche conclusione.

Da alcuni e specialmente dal WILLIS il cervelletto è stato ritenuto come centro della memoria: ma intanto è bene subito dichiarare come sia assolutamente assurdo voler localizzare in un centro od in un altro una qualunque cosidetta facoltà mentale, sia perchè la psiche non è divisibile in facoltà altro che scolasticamente, sia perchè anche le diverse qualità della psiche medesima emanano dal complesso funzionale di tutto il sistema nervoso centrale: nè alcuna può essere alterata per una determinata lesione senza che anche le altre se ne risentano.

Ciò certamente vale per le qualità della mente che sono fondamentali, storicamente più antiche e relativamente sostenute da processi psico - fisici meno complessi, meno labili e meno oscillanti; se poi passiamo alle qualità più elevate, e che si esplicano coi poteri critici, condotta, inibizione, volontà, sociabilità, moralità etc., abbiamo è vero che esse possono difettare od essere aberranti anche isolatamente, (frenastenie, demenza precoce, immoralità costituzionale etc.) ma ciò non è in relazione con un' alterazione localizzata, bensì con un difetto o deviazione in tutto il funzionamento psichico che si fa risentire sopra una data stratificazione della psiche medesima.

È quindi che al cervelletto non si deve attribuire per quanto riguarda la memoria altro che un' azione indiretta, per quanto realmente importantissima.

Dal caso da me riferito è risultata una grande lentezza, quasi stan-

chezza nella rievocazione dei ricordi, e confusione, oscuramento e mancanza di particolari per quelli recenti.

Ciò io l'ho verificato anche in un giovane di 17 anni (caso già da me pubblicato) che all' autopsia risultò avere un sarcoma nel lobo cerebellare destro: e questo ancora è il reperto costantemente riscontrato in altre mie osservazioni, e che pure si rileva dalle descrizioni di alcuni autori che hanno tenuto conto dell' esame psichico nelle lesioni del cervelletto.

Il F. poi attende poco e si stanca presto: è tardo nelle percezioni: si confonde; è incoerente; è ottuso negli affetti.

Ora questa constatazione di fatti evidentissimi ci ricorda nè più nè meno quello che dal Luciani è stato stabilito per i fenomeni motori e cioè, l' atonia, l' astenia e l' astasia, che sono le « tre note essenziali della funzione fisiologica del cervelletto » (Luciani). Infatti nella psiche del F: fu constatato già da alcuni mesi, ed ora è più evidente, uno stato di atonia, che si è reso manifesto colla deficienza di attenzione e di quella tonicità necessaria per fissare le impressioni del mondo esterno e quindi conservarne il ricordo; vi è stata e vi è astenia psichica, perchè durante l'attività mentale si stanca non solo, ma ancora gli manca quell' energia che occorre per la chiarezza e prontezza nella rievocazione dei ricordi: vi è infine stata, e vi è, astasia psichica perchè presenta confusione, incertezza e incordinazione per mancanza della fusione normale e regolare continuità degli atti elementari psichici, che non si susseguono col ritmo necessario.

L' ottusità affettiva è pure interpetrabile collo stato atonico, per cui ne deriva l' apatia e il completo disinteressamento, che si riflettono nel campo dell' emotività, e a ciò forse non è estranea l' atonia dei centri vaso motori.

Gli atti psichici surricordati dimostrano anche mancanza della giusta misura, precisione e adattamento allo scopo, (dismetria) il che però, come sostiene il Luciani nel campo motorio, dipende dalla mancata precisione e misura dell' azione tonica, stenica e statica.

Già anche il Ferrier nei suoi esperimenti sugli animali pure notò fiacchezza nelle energie psichiche, ed il Luciani non manca di ricordare che, specialmente in un periodo un pò lontano dall'operazione, i suoi animali erano apatici, neghittosi, indifferenti.

Otto poi, fondandosi sulle osservazioni fatte in un caso di forte atrofia bilaterale del cervelletto, lo ha considerato come un regolatore della volontà. Ciò evidentemente è un' esagerazione, in quanto che a

mio modo di vedere e in relazione a quanto ho sopra accennato si può bensì ammettere che l'atonia, astenia, astasia psichica si facciano risentire sui processi conativi, riducendoli fiacchi, stanchi, lenti e quindi agevolandone o meglio cagionandone la incoordinazione e la disintegrazione, nelle quali si cade facilmente trovandosi in uno stato di ipobulia, ma altro è dire che le lesioni del cervelletto possono modificare gli atti volontarî, altro è dire che il cervelletto sia centro della volontà. Naturalmente la volontà è una qualità della psiche molto complessa, e le malattie del cervelletto possono soltato alterarne alcuni dei suoi elementi fondamentali e indispensabili, quali appunto sono l'energia, la durata e la fermezza dello sforzo (MORSELLI).

Intanto nel caso mio si deve parlare piuttosto di parabulia che di ipobolia, ma anche essa, a dire di RIBOT, è dovuta ad indebolimento della funzione conativa, che però si esplica con impulsi disordinati e spesso illogici.

Il concetto di un' azione stenica nei fenomeni psichici, mantenuta dal cervelletto lo esprime anche il LUYS quando ammette che il cervelletto stesso possa dare fenomeni iperstenici od ipostenici a seconda della diversa proporzione in volume fra esso ed il cervello.

E per terminare su questo argomento ricordo che anche il BIANCHI ammette che nelle lesioni del cervelletto si abbia un difetto di tono nel dinamismo psichico.

Più numerose però, meglio studiate e forse più attendibili sono le osservazioni, dalle quali i varii autori hanno tratta convinzione che il cervelletto rappresenti colla sua funzionalità un elemento anatomico importante di fronte a ciò che dicesi carattere individuale. Vediamo adunque che cosa essi ne pensano, e come si debbono interpetrar le diverse osservazioni e conclusioni quasi sempre unilaterali e troppo esclusive.

BOURNEVILLE in un caso di tumore cerebellare (Vol. XI. pag. 41 1891) notò quasi contemporaneamente alla fenomenologia motoria un'evidente modificazione del carattere, con accessi di collera per cui il malato gettava in terra tutto ciò che gli capitava sotto mano. GRANCHER (La médec. mod: 1895 N.° 52) in due casi, uno di sclerosi e l'altro di tumore del cervelletto osservò modificazione del carattere e del tono sentimentale.

COURMONT, in un suo lavoro pieno di utili considerazioni, per quanto alcune molto azzardate — riferisce l'osservazione di un certo DEGLER nel quale all' autopsia risultò del tutto normale il cervello, mentre il

cervelletto presentava agenesia parziale. Ebbene costui in vita dimostrò un notevole cambiamento del carattere, essendo divenuto egoista, mentitore, pigro, aggressivo. Anche Otto in alcune osservazioni ebbe a notare disturbi psichici inerenti all'estrinsecazione del carattere, e dell'irritabilità del carattere stesso, verso la fine di una malattia del cervelletto, ne parlano pure Wetzel, Klinke, Starr, Hérard ed altri. In un caso di Knapp Kombs si accenna perfino ad uno stato di amenomania per tumore del cervelletto.

Seppilli riferisce un caso interessantissimo di un individuo nel quale unitamente ad una sintomatologia motoria cerebellare si manifestò incoerenza nelle idee, facilità al pianto e al riso e poi delirio. L'autopsia mostrò il cervelletto molto piccolo e assottigliamento del corpo dentato: cervello normale. Microscopicamente osservò atrofia delle cellule di Purkinje, rarefazione in tutti gli strati e atrofia degli elementi del corpo dentato: sviluppo del connettivo interstiziale. Queste lesioni le riferisce al tifo che l'ammalata ebbe nell'età di 18 anni.

L'esperimento conduce pure ad un'identica conclusione, e infatti il Luciani dice di aver sempre rilevato negli animali « forme diverse « di cangiamento di carattere e di condotta dopo la mutilazione cere- « bellare. »

Ed ora torno al caso da me sopra riferito.

Come abbiamo visto il F. insieme al primo comparire di fenomeni motori presentò pure cambiamento di carattere, essendo divenuto meno affettuoso, irritabile, trascurato e taciturno. In seguito poi passò ad uno stato di ansia, di paura, di terrore, che divenne la base del suo delirio, e questa condizione psico - emotivo - motoria così caratteristicamente presentata dal F. è stata riscontrata da molti osservatori nelle lesioni del cervelletto, e fra questi mi basta citare il Colin, l'Andral e il Courmont, il quale ne riferisce numerosi casi. Tutte queste osservazioni trovano riscontro e sono confortate dai risultati degli esperimenti di Pagano, a cui sopra ho accennato, e ci stanno a rappresentare fenomeni di irritazione, come quelli che si verificano nelle funzioni di movimento. E infatti, se ben consideriamo, anche per le manifestazioni psichiche troviamo, o isolati o alternati, fenomeni irritativi, di deficienza e di compensazione, i quali ultimi possono essere così completi e graduali da non lasciare sorprendere alcun disturbo mentale in individui con lesioni del cervelletto (Andral, Federici, Weber, ecc.).

A base però di tutte queste considerazioni rimane sempre come

fatto più assodato e immancabile la triade fenomenica dell' atonia, astenia, atassia motoria e anche psichica, sia pure nel campo dell' incosciente secondo il concetto del TAMBURINI.

Un accenno a questa mia affermazione lo troviamo pure nei lavori di alcuni autori che si sono occupati dello studio del carattere individuale. Il MANOUVRIER per es. ha scritto che «le degré d'énergie nerveuse influe considérablement sur le caractère moral, bien aussi que « sur la puissance intellettuelle» e quindi ha diviso i temperamenti in tre categorie: temperamento stenico — mesostenico — ipostenico.

Più esplicito è il VENTURI, il quale parlando dell' impulsività propria del carattere degli epilettici dice che in questi deve funzionare prevalentemente l'organo stenico per eccellenza, — il cervelletto.

Del resto leggendo ancora i lavori di RIBOT, MALAPERT, SERGI, MANTEGAZZA, MORSELLI, DEL GRECO etc. intorno al carattere individuale e al temperamente ci è facile rilevare presso a poco lo stesso concetto.

Prima di continuare su questo argomento vediamo se i dati forniti dall'anatomia normale e dall'anatomia patologica ci assicurano della serietà della discussione.

Dopo le classiche osservazioni fatte dal MARCHI, col suo metodo (negli animali scerebellati dal LUCIANI) e dalle quali risultano processi degenerativi di molte vie e centri nervosi collegati col cervelletto per mezzo dei tre peduncoli, altre numerose ne seguirono, (THOMAS, PELLIZZI, MINGAZZINI, CRISTIANI, ALESSI, TELJANITK, etc.) per riassumersi in quelle del BECTEREW che dimostrano rapporti intimi fra cervello e cervelletto mediante tutti e tre i peduncoli cerebellari.

Le ricerche poi continuate sempre col metodo delle degenerazioni consecutive hanno pure assodato che molti e forse tutti i nervi cranici si trovano in comunicazione colla corteccia cerebellare o col corpo dentato.

COURMONT ritenendo dimostrato questo fatto più specialmente per i nervi sensitivi vi trova un valido argomento per sostenere la tesi del « cervelletto organo psichico e sensitivo». Ma per quanto nella seconda qualifica specialmente il COURMONT possa essere appoggiato dall'esperienze dell' EDINGER fatte nei selacei — dalle quali risulta che il cervelletto di questi animali è essenzialmente la stazione terminale dei fasci sensitivi, provenienti dai nervi cerebrali, — pure nessun altro è di questo parere.

Queste ricerche in conclusione ci mostran chiaramente che il cer-

velletto o direttamente o indirettamente è in relazione con tutte le aree cerebrali.

Più sparsi ma non meno concludenti sono i dati formiti dall'anatomia patologica e come fatto degno di considerazione va subito notato che le alterazioni macro e microscopiche cerebellari più gravi sono state riscontrate propriamente in quelle forme morbose psicopatiche che in modo speciale portano alla disintegrazione del carattere, all'indebolimento e anche annientamento della volontà, riducendo l'individuo in una condizione di atonia, astenia e atassia motoria e psichica. Si tratta cioè della paralisi generale e delle forme neuro - psicopatiche da alcoolismo.

Anglade e Latreille dopo aver constatata la scarsità di osservazioni istologiche del cervelletto dei dementi paralitici riferiscono riassuntivamente il reperto da essi riscontrato in numerosi paralitici durante sette anni di clinica. Solo in un terzo circa trovarono lesioni lievi e secondo essi di poco importanza, — e cioè alterazioni cromatolitiche, scomparsa di qualche cellula di Purkinje, rarefazione della mielina nella sostanza bianca, — mentre in tutti gli altri riscontrarono fatti più gravi e non dissimili da quelli osservati nella corteccia cerebrale. Infatti notarono infiammazione delle meningi cerebellari e cerebellite interstiziale, interessante lo strato molecolare e dei granuli; la zona delle cellule di Purkinje e la sostanza bianca. Oltre queste lesioni vi trovarono ancora in un gran numero di casi le ben note cellule a bastoncino, che da Nissl e da altri sono considerate come caratteristiche della paralisi generale. È molto interessante al caso mio l'asserzione di questi autori e cioè che questo reperto istopatologico del cervelletto è veramente caratteristico della paralisi generale e differente da quello che si trova nel cervelletto senile e nell'atrofia cerebellosa di qualunque origine sia.

Si assomiglierebbe invece, almeno macroscopicamente, a quello dell'idiozia per meningo-encefalite.

Roecke studiando col metodo Weigert alcuni cervelletti di dementi paralitici riscontrò placche di gliosi nello strato molecolare, cellule di Purkinje atrofiche e in alcuni punti scomparse, lesioni minori nella sostanza bianca e numerosi astrociti attorno ai vasi.

Lo Sträussler a proposito delle modificazioni istopatologiche del cervelletto nella paralisi generale dice, che le lesioni sono specialmente nel verme superiore, che vi è infiltrazione di plasmacellule e linfociti, e che le cellule di Purkinje presentano le stesse alterazioni delle cel-

lule piramidali e cioè vacuolizzazione, sclerosi, e scomparsa totale e che anche lo strato molecolare si mostra sclerotizzato.

Anglade e Latreille nel loro lavoro ricordano pure le osservazioni di Taty e Ieanty, i quali avrebbero studiato la frequenza e il grado delle lesioni delle cellule di Purkinje nei paralitici e nei dementi. Anche Weigert trovò proliferazione della nevroglia del cervelletto in questi ammalati, e Calmeil pure in 188 osservazioni di cervelletto di paralitici vi trovò numerose alterazioni.

Funaioli nel suo lavoro sulla paralisi progressiva riferisce che in 87 autopsie, l'esame istologico fatto dal Dottore A. Belardi mise sempre in evidenza non solo lesioni del cervello, ma anche del cervelletto, che consistevano in alterazioni vascolari.

Anche io posso portare un piccolo contributo alle alterazioni istologiche del cervelletto nella paralisi generale. Infatti in 64 autopsie di dementi paralitici, da me completamente studiati, non solo ebbi ad osservare in tutti atrofia del corpo dentato, e in molti di essi atrofia delle lamelle e alterazione della meninge, e in alcuni ancora asimmetria manifesta dei due lobi cerebellari: ma in cinque casi, studiati istologicamente, trovai lesioni gravi a carico delle cellule di Purkinje - atrofia e scomparsa quasi assoluta — e riduzione notevole dello stato molecolare, nonchè degenerazione (metodo Marchi) delle piccole fibre associative, cosidetto a ghirlanda (Stilling).

Si hanno lesioni istologiche del cervelletto anche nell' intossicazione alcoolica ed io ne ricordo qualche studio in proposito.

L Alzheimer sopra 160 ammalati che riproducevano la forma del delirio alcoolico febbrile di Magnan, ebbe occasione di praticare l'autopsia di due casi, e in questi riscontrò alterazioni notevoli più specialmente nelle grandi cellule piramidali e nelle cellule di Purkinje.

Questo reperto è identico a quello da me osservato in cinque esami istologici sulla corteccia cerebrale e cerebellare di individui alcoolisti morti rapidamente o per infortunio o per omicidio. Da questi esami infatti ho potuto concludere (lavoro pubblicato) che in questi individui le lesioni istologicbe più gravi si riscontrano nelle cellule grandi piramidali e nelle cellule del Purkinje.

Karl Bonhoeffer in individui che presentarono delirio alcoolico trovò all'esame istologico lesioni dei lobi e più specialmente del verme cerebellare.

Fra tutte queste osservazioni è poi interessantissima, e molto simile alla mia, quella riferita da Taty et Chaumier. Essi, in due an-

tichi tabetici, — che presentavano l'uno un delirio ipocondriaco, l'altro, idee di soddisfazione, — trovarono all'esame microscopico notevoli alterazioni delle cellule stellate e lievi nelle cellule di PURKINJE nel I.° caso, e alterazioni inverse per grado ed intensità nel secondo.

Intanto da tutti quei dati che ho raccolti — cercando possibilmente di coordinarli fra loro, — risulta che per ora l'osservazione istopatologica non è sufficiente a darci completa spiegazione dei fatti clinici osservati, nè a rischiararci alcun quesito di fisiologia e tanto meno di psicologia. Siamo ancora completamente nell'ambito delle induzioni e delle ipotesi. Numerosi sono invero i casi di lesioni del cervelletto nei quali si sono osservati disturbi mentali e specialmente alterazioni del carattere, ma in altri invece la psiche si é mostrata completamente integra.

A spiegazione di questi risultati contradittori possiamo nuovamente invocare i dati dell'esperimento, dai quali risulta che nelle lesioni del cervelletto si hanno non solo fenomeni irritativi e di deficienza, ma ancora di compensazione (LUCIANI), per i quali ultimi, facendone applicazione alla clinica, ci è lecito pensare che certe lesioni, affermandosi lentamente, gradualmente e senza compressione di vasi o comunicazioni qualunque importanti, dieno tempo ad altre parti del sistema nervoso centrale di agire vicariamente mantenendo l'armonia delle varie funzioni.

Intanto bisogna fare una grande distinzione fra le lesioni del cervelletto che ne mettono fuori funzione oppure ne irritano una parte più o meno estesa, senza produrre fenomeni di compressione intracranica — come le atrofie, emorragie e rammollimenti. — o quelle che più specialmente aumentano la pressione della fossa cranica posteriore, come neoplasie, cisti, tubercoli, etc.

Nella prima condizione la maggior parte degli autori propendono a riconoscere un rapporto diretto fra disturbi mentali e cervelletto alterato, e a questo proposito è interessante il caso descritto del GALLICHI, nel quale all'autopsia fu trovato un rammollimento del lobo cerebellare destro, e l'individuo in vita aveva presentato oltre fenomeni motori anche apatia e «un certo grado di ottusità di mente non « abituale in lui, tanto che molte volte stentava ad esprimere quello che « pensava. »

È vero che in un caso simile il NOTHNAGEL (raccolta tubercolare circoscritta nella sostanza midollare del lobus quadrangolaris dell'emisfero cerebellare destro) non riscontrò alcun disturbo motorio nè psi-

chico, — come è accaduto anche a tanti altri osservatori, — ma ciò non toglie alcun valore alle altre osservazioni e solo trova spiegazione nella teoria dell'adattamento e del compenso.

I compensi funzionali nel sistema nervoso centrale cranico sono numerosi e svariati e qualche volta anche sorprendenti, come quello riferito recentemente dal GARBINI e che io trovo ricordato nelle Lezioni di anatomia clinica dei centri nervosi, dettate dal MINGAZZINI.

Si tratta di un individuo al quale fu asportata, previa trapanazione dell'osso frontale, buona parte del lobo prefrontale destro, perchè ritenuto sede di una neoplasia, mentre questa si trovava nella fovea posterior dextera cranii, comprimente il lobo destro del cervelletto, come dimostrò l'autopsia.

Ebbene, costui, dopo l'operazione rimase libero dai disturbi psichici che già da sei mesi aveva presentati, — e che consistevano in idee paranoidi e facili impulsi aggressivi, — e divenne calmo, serio, attivo e lucido per qualche mese, dopo del quale tornò a presentare periodi di eccitamento alternati da periodi di lieve remissione.

Evidentemente in questo caso i disturbi mentali più accentuati erano sostenuti dall'aumentata pressione intracranica, e ciò pure sarebbe il modo di pensare di molti autori e anche dell'OPPENHEIM e del DAVID FERRIER, il quale ultimo dice che vi sono buone ragioni per ascrivere ad idrocefalo secondario i disturbi mentali nei tumori del cervelletto.

A questa spiegazione intanto si potrebbe opporre per es. che non è impossibile che l'aumentata pressione endocranica stessa sia quella che agendo anche sul cervelletto, — come sulle altre parti nervose contenute nel cranio, — lo metta in condizioni di alterata funzionalità. Nessuna porzione nervosa cranica infatti sfugge all'azione non solo di elementi tossici in circolo, ma anche, e tanto meno, ai disquilibri idraulici intracraniani, e tutto ciò ci convince che in tutte le malattie che non hanno spiccatamente il carattere di localizzazione circoscritta, ciascuna parte del sistema nervoso cranico porta il proprio contributo alla sintomatologia clinica. E per essere breve ricorderò che dal lato clinico per es. si è persino descritta una sindrome cerebellare da infezione malarica (FORLI), e dal lato anatomo-patologico il CRISTIANI in un suo lavoro riferisce di aver trovato notevoli alterazioni istologiche del cervelletto nelle più svariate malattie mentali, e cioè delirio acuto, mania, psicosi allucinatoria da pellagra, paralisi

generale, e in individui morti in istato epilettico e in alcoolisti con sintomi di paralisi generale.

Ma ammettendo pure che la sintomatologia psichica più grave sia in casi di tumori del cervelletto, una conseguenza dell' aumento di pressione intracranica, e che gli stessi disturbi presso a poco si possano osservare nella maggior parte delle lesioni del sistema nervoso centrale (Bianchi), rimane però sempre bene accertato in clinica, che a parità di lesione, — sia per natura, sia per estensione — quella localizzata nel cervelletto assume nosograficamente una fisionomia tutta speciale, ora con fenomeni di irritazione, ora con fenomeni di deficienza, sostenuti gli uni e gli altri dalla alterata o diminuita azione tonica, stenica e statica del cervelletto stesso.

Concludendo adunque intorno al quesito propostomi, se cioè, il cervelletto prenda parte diretta ai disturbi psichici che si notano ogni qualvolta esso è alterato, sembra che la risposta debba essere affermativa, e non solo nel senso di una ripercussione nella coscienza dei fatti di deficienza neuro - muscolare e dei disordini atassici (Bianchi e Colucci); ma ancora per la sua alterata o mancata azione di rinforzo.

Non si accentra nel cervelletto alcuna funzione psichica; ma esso sulla psiche influisce e specialmente sul carattere, in quanto che ne regola la energia, e quindi facilmente ne mette alla scoperto le deficienze e le aberrazioni latenti e compensate a condizioni ordinarie. E qui mi voglio spiegar bene, e ciò che accade nell'alcoolismo, — nel quale appunto son gravi le lesioni istologiche nel cervelletto,— mi serve ottimamente ed a proposito.

In vino veritas, dice un vecchio proverbio, e in questo io penso che sia racchiuso un concetto interessantissimo. Con esso infatti si vuol significare che l' alcool colla sua azione prima eccitante e poi deprimente toglie alla personalità individuale quella vernice, — a base di educazione e di adattamento, — che conferisce all'individuo stesso l'impronta dell' orientamento in società. Non si dice, e realmente non è, che l'alcool agisca sopra una od altra qualità della psiche isolatamente, ma solo che metta allo scoperto tutte quelle scabrosità del carattere, che una sottile stratificazione livellatrice teneva nascoste, e ciò perchè l' alcool conduce ad uno stato di atonia, astenia e astasia motoria e psichica. Ravvicinando quindi la sintomatologia clinica delle malattie del cervelletto a quella dell' alcoolismo e ricordando come in questo ultimo il cervelletto stesso sia istologicamente alterato, mi sembra che

si abbia un argomento di più a favore della risposta affermativa al quesito suddetto.

Nell' individuo da me studiato in questo lavoro troviamo chiaramente delucidato questo concetto, ed anzi le considerazioni che mi suggerisce mi aprono la via per discutere un secondo quesito.

Il F: come si è sentito, era stato sempre un individuo stravagante, incerto e volubile e sempre ancora aveva presentato qualche dato caratteristico e forse correlativo nel campo motorio (tendenza a spingersi in avanti, camminatura lesta, disordinato, smanioso). Però riusciva a mantenere il posto acquistatosi in società, e certamente poteva dirsi un individuo sociabile. Ma la sua personalità non era ben solida e una alterazione del regolatore dell' energia psico - motoria ne mise subito allo scoperto tutte le deficienze e tutte le asperità.

E qui valga un esempio.

In un concerto musicale eseguito con energia e con vivacità la maggior parte delle persone non si accorge di piccole stonature; ma molto più facilmente queste sono apprezzabili, se nell' esecuzione del concerto stesso non sia compenetrata l' anima e il sentimento del direttore, che colla sua bacchetta coordina e armonizza, rinforzando.

Ed è presso a poco così, che io credo doversi interpetrare la parte che il cervelletto prende nel funzionamento psichico, che è attribuito di tutto quanto il sistema nervoso centrale cranico.

Poichè il caso mio me ne dà lontana occasione mi propongo ancora il quesito seguente:

« Il cervelletto nella sua evoluzione ontogenetica può essere con-
« siderato come un organo, che abbia una qualsiasi direttiva nelle
« funzioni di tutto il resto del sistema nervoso centrale, e che prenda
« parte alla costruzione della personalità psichica dell' individuo. »

Alle ricerche dell' avvenire è affidato la soluzione di questo quesito; nondimeno è possibile una discussione serena, coll' aiuto di osservazioni anatomiche, sperimentali e cliniche. Io però non tratto la questione altro che brevemente e solo in rapporto dalla vita psichica dell' individuo, riserbandomi in altro lavoro di esporre i resultati di numerosi esperimenti già in corso, e per i quali intendo studiare la sintomatologia motoria e il contegno di animali ai quali da piccoli ho prodotto svariate e più o meno vaste lesioni nel cervelletto.

Per trattare questo argomento potrebbero essere utili i dati forniti dall' anatomia comparata, ma io ne userò con molta parsimonia, sia

perchè essi non sono ancora bene accertati, sia per non cadere nell'esagerazioni, come per es. ha fatto il COURMONT.

Intanto è indiscutibile che il cervelletto di un animale è sempre proporzionato per volume e conformazione al grado in cui questo si trova nella serie zoologica.

Nei pesci, batraci, rettili e uccelli il cervelletto è rappresentato da un numero più o meno esiguo di lamelle nervose divise da solchi a varia profondità, e non vi è accenno di emisferi cerebellari. (Solo nel colombo vi sono due abbozzi di lobi laterali). Questi cominciano ad apparire nei mammiferi inferiori, e quindi il cervelletto va sempre aumentando in volume, finchè nell'uomo la sua sostanza grigia è talmente estesa che, come dice il SAPPEY, se si potesse distendere la corteccia del cervello e del cervelletto si avrebbero due sfere presso a poco eguali.

Il COURMONT vuol trovare un rapporto fra la piccolezza del cervelletto dei pesci (tranne però i Selacei) e la loro ben nota apatia e indifferenza, e dall'anatomia comparata (BEAUNIS, LEURET, VOGT e YUNG etc.) sappiamo ancora che per es: il pappagallo e la pica hanno un numero maggiore di lamelle cerebellari che non il pollo l'oca e l'anitra.

Sembra intanto assai bene dimostrato che lo sviluppo del cervelletto sia in relazione colla complessità e vivacità dei movimenti. L'EDINGER infatti nota che il cervelletto di animali nuotatori, come i pesci ossei, è più grande di quello dei pesci cartilaginei, che vivono tranquilli nell'acqua, e che mentre nella lucertola esso è rappresentato da una sottilissima lamella, è invece assai grande nel coccodrillo. TENCHINI e STAURENGHI mettono in relazione la profondità delle ripiegature lamellari col maggior grado d'equilibrio di cui è dotato l'animale, così che per es: esse sono assai profonde negli uccelli e molto di più nei solipedi.

Il LUI poi avrebbe ancora osservato che in molti mammiferi (topi, conigli, gatti, cani) la corteccia cerebellare acquista la sua forma definitiva a misura che si sviluppa l'attitudine a camminare, e che propriamente gli elementi che seguono questa regola, sono le cellule di PURKINJE. Per quanto queste osservazioni sieno scarse e ancora non abbiano acquistato quel coordinamento necessario per servirci di base per qualche conclusione relativamente all'ontogenia morfologica e psichica dell'uomo, pure esse acquistano valore se si pensa ai rapporti che i fenomeni psichici hanno coll'innervazione volontaria (WUND).

Già sappiamo che il cervelletto non solo è in rapporto d'inner-

vazione con tutti i muscoli del tronco e degli altri, ma, come sopra si è detto, questo rapporto esiste ancora con tutti i nervi craniensi, e quindi con tutti i muscoli alla loro dipendenza.

Ora se pensiamo che, come dice l'Oppenheim, (pag. 428) « non è « improbabile che l' influenza coordinatrice del cervelletto si estenda « anche ai muscoli che servono all' articolazione delle parole, e che per « conseguenza la cessazione dell' attività cerebellare possa produrre un' incoordinazione della parola. » — pur trascurando il disturbo che lesioni del cervelletto potrebbero apportare per questa ragione nel campo psichico rappresentativo (poichè io ammetto una relativa stabilità nei percepiti di data non molto recente) — ci è permesso pensare almeno che data una lesione congenita o una deviazione morfologica ereditaria o embrionalmente acquisita del cervelletto, la deficienza e il disordine motorio che ne sussegue si rifletta immancabilmente nel campo dei fenomeni psichici. È vero che si dice esservi i compensi funzionali: e ciò è giustissimo, tanto è vero che il Bianchi dal lato sperimentale, nel suo lavoro sulle compensazioni funzionali (1883) dimostrò, scerebellando cani giovani, che la zona motrice corticale può assumere le funzioni del cervelletto distrutte, e che io per es: ho potuto osservare come in un bambino di due anni e mezzo, operato dal Prof. Ceci per ascesso cerebellare con vasta distruzione di un emisfero, nessun sintoma motorio e psichico si notasse in lui dopo due anni dall' operazione; ma tutto ciò nè impedisce di credere che nei cani del Prof. Bianchi potessero esservi deficienze e deviazioni motorie e psichiche di un grado tale da sfuggire all' osservazione, nè di pensare che il bambino da me ricordato, fattosi adulto non possa risentire nel contegno, nel carattere e nelle facoltà conative qualche deviazione, imputabile alla pregressa lesione cerebellare.

Sia pure come dice il Luciani, (pag. 34. Il cervelletto 1891) che « il cervelletto è un organo fisiologicamente unico, come lo è anato« micamente, nel senso che ciascuna metà di esso è in rapporto fun« zionale e nutritivo non solo colla metà corrispondente del corpo, ma « in parte anche colla metà opposta »; nondimeno una sostituzione funzionale completa non si ha certamente (Luciani, Russel) altro che in apparenza, e D: Ferrier, dice « come regola generale si è trovato che « i difetti congeniti od una estesa lesione del cervelletto, che « abbia avuto luogo precocemente nella vita, si accompagna sempre « con un tardo apprendere della stazione eretta e del cammino, cosicchè

« è dubbio se venga raggiunto realmente un compenso perfetto. » (Tratt. Allbutt pag. 172).

Se poi consideriamo che la maggior parte dei nervi cranici, e forse tutti, (per il tractus nucleo-cerebellaris e per il fascio sensoriale di Edinger) sono in rapporto col cervelletto, ci è permesso ammettere, almeno in ipotesi, che il cervelletto stesso possa, nel suo sviluppo ontogenetico e colle sue deviazioni morfologiche e funzionali, intervenire a orientare e modificare la precisione, chiarezza e rapidità delle percezioni in dipendenza dei muscoli degli apparati sensoriali, nonchè a regolare il grado tonico, stenico e statico dei muscoli mimici che sono massima parte nell'espressione della personalità psichica.

Ma io non voglio addentrarmi troppo in quistioni di pura psicologia speculativa e ricordo soltanto al lettore, il libro del De Sanctis — La mimica del pensiero — e quello di Paola Lombroso — I segni rivelatori della personalità. —

Lugaro, trattando della genesi delle circonvoluzioni cerebrali e cerebellari, mette in evidenza su base anatomica « che la corteccia « cerebellare deve essere punto di partenza di un influsso regolar- « mente distribuito in maniera simmetrica alle due parti del corpo « e che può presentare variazioni di intensità secondo un ordine *bi-* « *dimensionale* »; ora ricordando che ogni movimento volontario per ragioni pure anatomiche (Ramon y Cajal, Lugaro, Pusateri) è accompagnato da un'azione più o meno circoscritta sulla corteccia cerebellare, e che d'altra parte molti psicologi, fra i quali Ribot, spiegano tutti i fenomeni psichici con elementi motori, non v'è chi possa negare una parte importantissima al cervelletto, durante il suo sviluppo filogenetico e ontogenetico, nella costruzione della personalità psico - motoria.

Le osservazioni antropologiche mi offrono pure dati di molta importanza per sostenere la tesi in discussione. Oltre le anomalie del cervelletto da me sopra ricordate in frenastenici ecc., altre ne sono state descritte e specialmente il grande sviluppo del verme negli epilettici (Lombroso, Tonnini, Roncoroni, Ottolenghi ecc.), e la fossetta occipitale mediana (Lombroso, Morselli, Romiti, Bianchi, Peli, Mingazzini ecc.), che come si sa frequentemente coesiste con l'ipertrofia del verme. Essa esiste normalmente nel cercopithecus sabeus mentre nell'uomo rappresenta un carattere regressivo o una teromorfia, essendo data dal divaricarsi che fanno i due rami nei quali si divide in basso la cresta occipitale interna. Quest'anomalia è stata osservata per lo più

in individui così detti degenerati, e certamente è logico pensare che in un ambito così ristretto come è la scatola cranica le varietà di conformazione, come dice MANNO, devono « essere concomitanti a variate « conformazioni di quelle parti dei centri nervosi che con esse trovansi in più stretto rapporto. »

Negli epilettici, dice il TONNINI è frequente la disuguaglianza in peso dei due emisferi cerebellari, e RONCORONI e OTTOLENGHI in 100 autopsie di criminali ricordano di aver trovato 2 su 18 volte, il cervelletto spinto in alto: 3 su 18 volte, grande sviluppo del verme; un caso con cervelletto molto sporgente e un caso con emisferi cerebellari atrofici.

Le osservazioni su questo argomento sono numerose e merita anche di essere ricordato che KLIPPEL e LHERMITTE in due dementi precoci, oltre ad alterazioni macroscopiche del cervello, trovarono asimmetria dei due lobi del cervelletto; il che combinerebbe con quello che pur io ho recentemente osservato all' autopsia di un demente paranoide, nel quale cioè vi era asimmetria dei due emisferi e delle due fossette cerebellari corrispondenti.

Io però non intendo affatto di esagerare l' importanza di queste osservazioni, tanto più che quasi sempre le anomalie del cervelletto non erano mai isolate, anzi si accompagnavano con anomalie maggiori o minori di altre parti del sistema nervoso cranico; ma intendo attribuire ad esse un valore ben determinato e cioè in relazione alla parte che sicuramente devono prendere nella deficienza e deviazione funzionale complessiva.

Non è invero, lo ripeto, il cervelletto, colle sue anomalie o alterazioni, che dà luogo alle frenastenie, all' epilessia, alla delinquenza etc.; ma esso per conto suo vi porta un notevole contributo, come organo che presiede a funzioni importantissime.

Il caso da me sopra descritto mi ha dato soltanto occasione di mettere in campo la questione, se il cervelletto abbia una direttiva nello sviluppo filogenetico e ontogenetico della personalità psico-motoria di un individuo, e ciò perchè da un lato nel F: dobbiamo ritenere che il cervelletto fosse congenitamente piccolo e asimmetrico, (essendo piccole e asimmetriche anche le fossette cerebellari), e dall' altro, i disturbi psichici da lui presentati non devono essere giudicati in altro modo che come un' esagerazione e uno scompenso di deficienze e aberrazioni latenti ereditarie (padre stravagantissimo) e personali (contegno precedente) e, come si è visto, alcuni di essi (depressione, sospetto,

ansietà e impulsività) sono in correlazione con fatti motori abituali e poi accentuati dalla malattia.

Concludendo adunque mi sembra che da quanto ho sopra esposto. sia permesso ritenere che il cervelletto ha sui fenomeni psichici la medesima azione che esercita su quelli di movimento, e che, in via di ipotesi, può essere considerato come un organo che filogeneticamente e ontogeneticamente ha influenza direttiva nella costruzione della personalità psico - motoria.

E al termine di questo lavoro mi sarà di massima soddisfazione se avrò saputo mantenere quella misura e serenità di discussione nell' argomento trattato.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE

L. Testut — Trattato di anatomia umana. Torino 1898.

G. Romiti — Trattato di anatomia dell'uomo. Vallardi Milano.

G. Gegenbaur — Traité d'Anatomie humaine. Paris 1889.

E. Morselli — Manuale di semiotica delle malattie mentali. Vol II. Vallardi Milano.

Tonnini. — Le epilessie. Torino. Bocca 1890.

L. Luciani — Il cervelletto. Succ. Le Monnier 1891.

idem — Fisiologia dell'uomo. Vol. II. Soc. edit. libr. 1904.

G. Mingazzini. — Lezioni di anatomia clinica dei centri nervosi. Torino Unione Tip. edit. 1905.

Bianchi e Colucci. — Eclampsia ed Epilessia. Trat. Ist. di pat. e terap. medica. Vallardi.

H. Oppenheim — Trattato delle malattie nervose. Vol II. Soc. edit. lib. Milano 1905.

T. Clifford Allbutt — Trattato delle malattie del sistema nervoso. Vol. II. Milano 1904.

Bourneville — Recherches cliniques et terap. sur l'epilepsie, l'hysterie et l'idiotie. Paris 1898. Serie completa.

Lombroso — L'uomo delinquente. Bocca Torino 1891.

L. Roncoroni. — Trattato clinico dell'epilessia. Vallardi. Milano.

Vogt e Yung — Traité d'anatomie comparée pratique. T. 2° Paris. Reinwald e C. 1894.

H. Beaunis — L'evolution du Système nerveux. Paris 1890.

Tenchini e Staurenghi — Contributo all'anatomia del cervelletto umano — Con atlante. Pavia 1881.

A. Van Gehuchten — Anatomie du système nerveux de l'homme. Louvain 1906.

Von Rynberk — Tentativi di localizzazioni funzionali del cervelletto. Arch. di fisiol. Vol. I. pag. 569 e vol II pag. 18.

Pagano. — Saggio di localizzazioni cerebellari. Riv. di p. nerv. e ment. 1904, Vol. IX pag. 5.

A. Marrassini. — Contributo sperimentale allo studio della fisiopatologia del cervelletto. Pisa Tip. Valenti 1906.

F. Courmont — Le cervelet organe psychique sensitif. Paris Felix Alcan, Editeur, 1894.

E. Lugaro — Sulla genesi delle circonvoluzioni cerebrali e cerebellari. Riv. di pat. nerv. e ment. 1897, fasc. 3°.

Klippel e Lhermitte — Démence precoce. Anatomie pathologique et pathogénie. Revue de Psychiatrie Vol. VIII. N. 2 - febb. 1904.

L. Edinger — Cerebellum von Scbyllium canicula. Arch. für mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte Bd, 58 1901.

V. Marchi — Sulle origini e decorso dei peduncoli cerebellari e sui loro rapporti cogli altri centri nervosi. Pubb. del R. Ist. di Studi sup. di Firenze. Succ. Le Monnier 1891.

Anglade et Latreille — Les lésions du cervelet dans la paralysie generale. L'encephale 1907 N. 10.

Iaty e Ieanty — Lésions du cervelet chez les paralitiques et les dements. These de Lyon 1903.

Roeche — Einiges über die Veränderungen im Kleinhirn und Hirnstamm bei der progressiven Paralyse. Allg. Zeitsch. für Psichiatrie. Bd. LVII 4 1900.

E. Sträussler di Praga — Die histopathologischen Véraenderungen des Kleinhirns bei der progressiven Paralyse, mit Berücksichtigung des Klinischen Verlaufee und der Differentialdiagnose. Iahrbucher für Psychiatrie. Bd. XXVII 1 u. 2.1906.

U. Alessi — Lesioni cerebellari consecutive all'asportazione della corteccia cerebrale 1898.

idem — Lesioni della corteccia cerebrale e cerebellare in individui alcoolisti morti rapidamente o per infortunio o per omicidio. Annali di nevrologia fasc. IV. 1907.

idem — Contributo semiologico per la localizzazione delle lesioni cerebellari. Rif. medica 1907.

Luys et A. Voisin — Contribution à l'anatomie pathologique du cervelet, du bulbe et des corps stries dans l'epilepsie. Arch. generales de medicine Dec. 1869.

G. Seppilli — Sopra un caso di atrofia del cervelletto. Riv. sper. di fren. 1879. fasc. II.

P. Funaioli — Sulla paralisi progressiva. Siena. 1898.

A. Giannelli — Gli effetti diretti e indiretti dei neoplasmi encefalici sulle funzioni mentali. Il Policlinico Sez. med. 1897. 15 Luglio.

Lui — Osservazioni sullo sviluppo istologico della corteccia cerebellare in rapporto alla facoltà della locomozione. Riv. sper. di fren. fasc. II 1894.

Lannois et Paviot — Les lésions histologiques de l'ecorce dans les atrophies du cervelet. Nouvelle iconographie de la Salpetriere N. 6 1902 pag. 513-529.

I. Rossi — Atrophie primitive parenchymateuse du cervelet a localisation corticale. Nouvelle Iconographie de la Salpetriere N. 1 1907.

Iirelli — Sull'anatomia patologica degli elemenli nervosi specialmeute nella frenosi epilettica. Boll. Soc. med. Chir. di Pavia 1895.

A. Cristiani — Le fine alterazioni della corteccia cerebrale consecutive a mutilazioni cerebellari sperimentali. Arch. di Psich. scienze pen. e antrop. crim. Vol. XXI. Fas. 4 e 5.

idem — Le fine alterazioni del cervelletto in relazione a quelle del cervello negli alienati di mente. Annali di Nevrologia. Anno XV. Fas. I. 1897.

Roncoroni e Ottolenghi — Cento autopsie di criminali. Giornale della R. Accademia di Medicina. Torino 1892.

Venturi — Le degenerazioni psichiche sessuali. Torino, Bocca 1892.

Gallichi — Un caso di rammollimento cerebellare con sindrome di tumore. Clinica Mod. Anno IX. N. 39.

Jellinek — Ueber des Verhalten des Kleinhirns bei Tabes dorsalis. Berliner gesellch. für Psychiatrie und Nervenkr. Sitz. 12 Marzo 1894.

Alzheimer — Das Delirium alcoholicum febrile, Magnan. Centralblatt für Nervenheik und Psychiatrie. Juli 1904.

V. Forlì — Un caso di sindrome cerebellare da infezione malarica. Bollettino Soc. Lancisiana Osp. di Roma fascicolo II. 1907.

A. Manno — Sopra le varie disposizioni le quali possono osservarsi nei solchi e nelle creste che convergono nella protuberantia occipitalis interna. Arch. di anat. e Embriol. Firenze fasc. I. 1903.

P. Malapert — Le caractère. Paris. Doin 1903.

L. Manouvries — Conclusions générales sur l' Anthropologie des sexes et applications sociales. Revue de l'Ecole d'Antrop. 1903 XIII.

F. Del Greco — Temperamento e carattere etc. Il Manicomio N. 2. 1898.

GASPARE VIRGILIO

La repentina morte di **Gaspare Virgilio** priva la Psichiatria italiana d'un cultore insigne per quanto modesto, e noi alienisti napoletani del consiglio paterno, dello egregio esempio, dello affetto leale d'un uomo venerando, che al forte intelletto ed alla sapiente esperienza disposava qualità di cuore non comuni.

Il nome di **Gaspare Virgilio** passerà alla storia della scienza nell'aureola di un antesignano, che fra i primi ha saputo intuire la natura morbosa del delitto, fissandone la dottrina in un memorabile volume, pubblicato agli albori di quel rinnovamento scientifico, che divinò e compì, massime per opera di Cesare Lombroso, il magnifico organismo della scuola positiva, che è radiosa gloria italiana.

Egli, spirito indagatore, intravide la somiglianza di natura e la comunanza di origine fra pazzia e delinquenza, germogli ambedue affini ma non identici del comune tronco della degenerazione; ed avvisò fin d'allora ai mezzi di cura ed insieme di difesa sociale, propugnando con fede di apostolo la istituzione dei Manicomi criminali, del primo dei quali è stato per lunghi anni Direttore benemerito ed operoso.

Il Manicomio di Aversa, che, fino ad un quarto di secolo indietro, era l'unico Asilo per mentecatti in questa meriggia parte d'Italia, e, che già in quell'epoca risentiva fortemente i difetti della sua vetustà, ha ricevuto da lui, che lo governò per oltre 30 anni con intelletto di amore, l'impulso poderoso verso i nuovi orizzonti dell'organizzazione tecnica e della trasformazione edilizia richiesta dalle moderne esigenze della carità e della scienza.

Il " Manicomio ,, che lo annoverava fra i suoi più autorevoli collaboratori, rimpiange, memore e reverente, la grande figura che è passata.

Ventra

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 7,00
	Estero	» 9,00
Un numero separato		» 3,00

L' annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

I lavori in dono e le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Raffaele Galdi, Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.

Anno XXIV. N. 2.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1908.

INDICE

Memorie Originali

Manicomio di S. Girolamo in Volterra
diretto dal Dott. L. Scabia

RICERCHE SUL POTERE RIDUCENTE DELLE URINE NELLA FRENOSI MANIACO-DEPRESSIVA

Dott. O. Pini

Non sempre facile riesce la diagnosi precoce di alcune forme psicopatiche, le quali presentando talvolta fenomeni di accoppiamento, di sovrapposizione e di sostituzione dei sintomi, obbligano l' alienista ad andare molto circospetto nello stabilire precocemente una data diagnosi. Chi per esempio non conosce le difficoltà inerenti ad una pronta discriminazione dei sintomi fra la frenosi maniaco-depressiva e la demenza precoce, fra queste due e l'amenza?

Per quanto si sia convenuto di ascrivere l'una alle forme costituzionali, l' altra alle forme di alterato ricambio con autointossicazione prodotta da veleni che sarebbero elaborati negli organi sessuali, l'ultima in fine a multiformi intossicazioni dell'organismo, esse mostrano fra loro numerose analogie, le quali possono farci presupporre almeno in parte, un' identità di origine e di sviluppo.

Dopo che il Kraepelin con accurato lavoro di analisi e di sintesi inquadrò nella « *follia maniaco - depressiva* » le forme di malinconia, di mania, di pazzia periodica e di pazzia circolare, fu sentito il bisogno di stabilire novelle ricerche statistiche e cliniche su tale entità morbosa, condotte altresì in maniera ben differente da quelle già eseguite in precedenza nelle singole forme morbose, considerate indipendentemente l' una dall' altra.

Fu sentito in una parola il bisogno di stabilire il metodo comparativo fra gli stati di depressione e di eccitamento, fra questi e gl' intervalli di completa lucidità, non solamente dal lato statistico e clinico, ma ben anche da quello fisio - patologico. Per tal guisa furono eseguite ricerche sul potere tossico ed emolitico (Alberti) sul potere isolitico (Alberti), sulla diazoreazione e indicanuria (Pini e Benini), sul potere diastasico della saliva (Pini), su la catalasi del sangue (Pighini),

sulla indossiluria (PARDO); fu studiata altresì la relazione patogenetica fra l'alterazione dei vasi e la follia maniaco-depressiva (ALBRECHT); insomma una nuova abbondante messe d'osservazioni fu raccolta dagli studiosi allo scopo precipuo di stabilire esattamente la natura della nuova forma morbosa, che si è convenuto di ascrivere alle forme costituzionali, ma di cui la causa prima morbigena ci rimane tutt'ora ignorata.

Difatti mentre su altre entità morbose le ricerche stabilite da varî sperimentatori sembra accennino ad una concordanza che fa bene sperare in un relativamente pronto accertamento delle cause etiologiche patogenetiche, nella frenosi maniaco-depressiva l'accordo più completo non regna nelle conclusioni dei varî autori.

Per questo fatto e per la considerazione che i lavori sull'alterazione del ricambio in questa forma morbosa, condotti coi criterî esposti più sopra non sono numerosi, mi sono deciso a intraprendere delle ricerche in proposito.

Va bene che la follia maniaco-depressiva debba essere annoverata fra le malattie costituzionali, fra quelle malattie, cioè, che trovano la loro causa prima in una predisposizione morbosa dell'organismo o per alterazione nella struttura e nell'architettura del corpo, nelle proporzioni degli organi, degli apparati e dell'intero organismo, o nell'adattamento fisico di ciascuna parte alla propria funzione, nella ripartizione della materia, sia nella totalità dell'organismo, sia in ciascun elemento (BOUCHARD); ma d'altra parte ci è noto che la psichiatria moderna è convinta che in gran parte di malattie mentali, ed anche nella frenosi maniaco-depressiva, entrino in giuoco le autointossicazioni organiche e i disordini del ricambio.

Ed é noto per esempio che nella mania il succo gastrico è più tossico del normale, come pure è aumentato il potere tossico del sangue, e che esiste contemporaneamente ipoglobulia (SEPPILLI), e che le secrezioni sono in generali alterate. Press'a poco gli stessi fenomeni si avrebbero nella malincolia.

È lecito suppone che in tale forma di frenosi siano coinvolti, almeno in parte, identici processi autotossici i quali, perturbando l'equilibrio chimico della cellula nervosa, ovvero venendosi in altra maniera a stabilire (stato maniaco o congestivo nelle malincolie da menopausa) una diminuzione nella eliminazione degli elementi tossici circolanti nell'organismo e conseguentemente un'alterazione del ricambio organico, sarebbero la causa determinante l'esplosione dei diversi periodi psicopa-

tici. Nella gravissima agitazione psicomotoria, come pure negli stati di profonda depressione, io e Benini abbiamo trovato che esiste diazoreazione delle orine e che queste posseggono altresì una eccessiva quantità di indicàno; ora è noto che tanto l'una che l'altro sono appunto l'esponente di gravi stati di intossicazione e di alterato chimismo organico.

Da tutto ciò si può desumere che nello sviluppo di questa malattia mentale, sebbene ripeto, debba ascriversi alle malattie costituzionali, vi giuocano indubbiamente una parte fondamentale le autointossicazioni come del resto pensano molti moderni psichiatri.

Certo una parte di questi fenomeni ci rappresenta forse piuttosto gli effetti che la causa della supposta intossicazione cui soggiace l'organismo. Essa ci rimane come scrive Pighini, tuttora ignorata, il che avevo osservato anche io a proposito della diazoreazione e della indicanuria, allorchè scrivevo che « tali fenomeni si concatenano ben sovente al punto da render tutt'altro che facile la esatta conoscenza del fattore primo della malattia mentale. » —

Il potere riduttore delle orine è l' indice preciso del come avvengono le ossidazioni dell' organismo. Allorchè queste sono più o meno incomplete le orine contengono una quantità minore o maggiore di sostanze, così dette estrattive, le quali dànno alle urine stesse la proprietà di assorbire l'ossigeno dai corpi ricchi di tale sostanza.

Ricerche in proposito furono eseguite da **Helier** nel 1899 (valendosi del permanganato di potassio) sul potere riduttivo dei tessuti, del fegato e pancreas. Il Molon, valendosi dello stesso metodo di **Helier** lievemente modificato, ha esperimentato il potere riduttore dei liquidi organici (orina, sangue, siero di sangue) nei sani e negli affetti da svariate malattie. Egli ha trovato che nelle malattie acute dell' apparecchio respiratorio (polmonite e bronco - polmonite) in media il potere riduttore delle orine è notevolmente abbassato in confronto degli individui sani: come pure notevolmente abbassato è nelle forme lievi e iniziali di pellagra, mentre lo è meno nelle forme croniche gravi: è aumentato nel diabete, lievemente diminuito nell' isteria, nella sclerosi cardiaca con insufficenza mitralica, quasi normale nell' anchilostomiasi con anemia grave e secondaria , fortemente abbassato nella peritonite tubercolare. —

Altre ricerche vennero eseguite dal **Paylhade** servendosi del guaico ossidato bleu: J. E. Abelous nel suo studio sul dosaggio delle mate-

rie estrattive riduttrici negli crgani, adoprò l'acqua bromata: CERVELLO e GIACCO si valsero dei sali ferrici. EHRLICH usò il bleu di alizarina o quello di ceruleina allo stato di sali acidi e LUCATELLO, nelle ricerche stabilite sulle sostanze estrattive riduttrici delle urine nella pellagra e in altri stati morbosi, si valse in parte del metodo HELIER, ma più specialmente di quello di BUFALINI all'ipobromito di soda, parzialmente modificato. Il PLESSI, studiando il potere riduttore delle urine nelle pleuriti, polmoniti e tubercolosi polmonare, ha usato il metodo stesso del MALON, venendo a concludere che nella tubercolosi, nella pleurite, nelle peritoniti ed in un caso di anasarca si ha un sensibile aumento nella eliminazione delle sostanze riduttrici delle urine. Ultimamente il D'ORMEA ha pubblicato un suo notevole lavoro sul *potere riduttivo delle urine nei dementi precoci,* valendosi del metodo di HELIER modificato da LUCATELLO.

Dalle ricerche stabilite dal D'ORMEA risulterebbe che nei dementi precoci si ha «un notevolissimo abbassamento del potere riduttore dell'urina in confronto agl'individui normali; diminuzione assoluta a cui fa riscontro la diminuita quantità dell'urea, e tali fatti stanno a indicare come in questi infermi siano rallentati i processi organici di ossidazione mentre l'assimilazione si compie in misura più completa della norma.» Non mi risulta che dopo la memoria del D'ORMEA siano stati pubblicati altri lavori del genere.

L'avere eseguite altre ricerche sull'entità morbosa detta dal KRAEPELIN follia maniaco-depressiva, mi ha deciso ad intraprendere anche le presenti circa il potere riduttore delle urine nei varî periodi di detta frenosi allo scopo di determinare le possibili alterazioni nei processi metabolici della suddetta forma morbosa. E ringrazio frattanto pubblicamente il prof. ALESSI che mi consigliò a stabilire tali ricerche, ed il dottore D'ORMEA, a cui ho ricorso per ottenere particolari schiarimenti, che egli cortesemente mi favorì. È tuttora *sub-iudice* se le alterazioni del chimismo gastro-enterico e del ricambio materiale abbiano una parte preponderante nello scoppio di certe psicopatie o non siano piuttosto una causa aggravante e secondaria; ma oltre a questo anche altri fatti sono oggetto di discussione fra i diversi autori che hanno intrapreso lo studio di tale forma morbosa. Mania e malinconia, secondo il KRAEPELIN, sono diverse forme d'uno stesso fatto; ma una perturbazione del tono vitale di cui l'umore non è che una traduzione apparente: teoria questa che non soddisfa FRANCO DE ROCHA perchè «essa non riposa su alcuna base solida, etiologica ed anatomo-patologi-

ca ». ALBRECHT avrebbe trovato una relazione patogenica fra l'alterazione dei vasi e la follia maniaco-depressiva, dovuta secondo quell'autore, al fatto che la pressione sanguigna subisce delle brusche variazioni in rapporto con le modificazioni emozionali dell'umore, il che determinando perturbazioni della nutrizione nelle pareti dei vasi preparerebbe il terreno all'arterio-sclerosi. ZIEHEN alla sua volta ha descritto dei casi di follia periodica e circolare intimamente legata ai periodi mestruali. PIGHINI sintetizza tutto chiaramente affermando che nella frenosi maniaco-depressiva, come in altre frenosi, la causa prima morbigena ci rimane tuttora ignorata. In questo stato di cose spero che anche le presenti ricerche potranno in parte contribuire alla soluzione dell'importante quesito. Nei riguardi della tecnica mi sono valso dello stesso metodo usato dal D'ORMEA che non è altro che quello HELIER modificato da LUCATELLO. Ad un c. c. di urina si aggiungono 50 c.c. di acqua distillata, 2 c.c. di una soluzione al 25 °|₀ di acido solforico e 15 c.c. di una soluzione decimo-normale di permanganato di potassio. Dopo aver fatto bollire il tutto per circa 5 minuti perchè le sostanze organiche vengano completamente ossidate, e lasciato raffreddare fino a 70 centigradi, si aggiunge 15 c. c. di soluzione decimo-normale di acido ossalico e poscia si lascia cadere a goccia una soluzione decimo-normale di $KM^n O^4$ fino a colorazione rossa persistente. La quantità di permanganato necessaria per raggiungere una tale colorazione ci indica il potere riduttore di 1 c. c. d'orina. Moltiplicando tale quantità per la quantità dell'urina emessa nelle 24 ore avremo il potere riduttore totale di essa durante la giornata. Sempre mi sono valso per questi esperimenti di acido ossalico cristallizzato purissimo (MERK) e la quantità di esso, necessaria per ogni soluzione, è stata pesata con bilancie di precisione. Per ogni nuova soluzione preparata prima di cominciare le ricerche, mi assicuravo che essa fossa esatta. Naturalmente 1 c.c. di soluzione di acido ossalico deve esattamente neutralizzare a caldo 1 c. c. di soluzione di premanganato di potassio: se vi trovavo differenze correggevo la soluzione di $KM^n O^4$ mediante piccole aggiunte di $H 2 O$ di permanganato.

Le ricerche sono state eseguite su ammalati nel periodo di eccitamento, di depressione e di calma completa, valendomi sopratutto di quelle forme miste di frenosi maniaco-depressiva in cui lo stato di eccitamento si intercala a stati di depressione, e di quei casi, del resto abbastanza comuni, in cui ogni accesso di eccitamento era seguito da spiccata depressione. A titolo di confronto furono contemporanea-

mente eseguiti degli esperimenti sui sani. Il regime dietetico per questi ultimi fu alquanto più abbondante, ma tanto per i sani che per gli ammalati fu mantenuto sempre press' a poco costante. Nello scegliere gli ammalati ho avuto attenzione di valermi di casi classici e ben confermati e per questo motivo il numero dei soggetti è stato alquanto limitato; in ogni modo però ho potuto sperimentare complessivamente su 18 ammalati.

Avverto subito che il potere riduttore delle urine nei sani secondo le mie ricerche sarebbe alquanto più basso di quello avuto dal D' Ormea (c.c. 104,32): esso si avvicina ai risultati ottenuti dal Molon (c.c. 9820).

Nelle ricerche intraprese, oltre il potere riduttore, è stata eseguita contemporaneamente la ricerca dell' urea, la quale essendo il risultato, come ognun sa, della trasformazione degli albuminoidi introdotti nell' organismo, ci rappresenta la misura con cui si compie il ricambio organico. La ricerca dell'urea è stata eseguita per mezzo dell' ureometro del dottore P. M. Regnard. —

TABELLA DIETETICA PER GL' INDIVIDUI NORMALI

DURANTE IL PERIODO DI ESPERIMENTO

ALIMENTI e BEVANDE somministrate	COMPOSIZIONE CHIMICA				
	Peso in grammi	Albumina	Grassi	Carbo-idrati	Colorie
Latte	450	18	15,75	17,10	292,50
Pane	750	53,25	1,50	416,25	1950
Zucchero	15	51	—	14,40	61,12
Minestra	525	47,25	25,25	403,50	1875,54
Vino	300	— —	— —	— —	— —
Carne	150	27	3	— —	313,50
Formaggio	120	2,76	32,40	4,80	504
Erbaggio	75	1,42	6	2,25	20,77
Brodo di carne	525	1,50	1,50	— —	16,50
TOTALI	2910	151,69	85,30	858,30	5033,93

TABELLA DIETETICA PER GLI AMMALATI

DURANTE IL PERIODO DI ESPERIMENTO

ALIMENTI e BEVANDE somministrati	COMPOSIZIONE CHIMICA				
	Peso in grammi	Albumina	Grasso	Carbo-idrati	Calorie
Latte	300	12	10,50	11,40	195
Pane	500	35,50	1	277,50	1300
Zucchero	10	— 34	— —	9,60	40,75
Minestra	350	31,50	17,50	269	1250,36
Vino	200	— —	— —	— —	— —
Carne	100	18	2	— —	209
Formaggio	80	1,84	21,60	3,20	336
Erbaggio	50	— 95	— 4	1,50	13,85
Brodo di carne	350	1	2,05	— —	11
TOTALI	1940	101,13	55,05	572,20	3355,96

INDIVIDUI NORMALI

Osservazione I — **D. T... L... infermiere di anni 27. Peso kg. 64.000**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P R Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
5 Febbraio	1700	1023	11050	173	18,700	31,790
6 »	1250	1025	10200	159	22,117	27,646
7 »	950	1026	9500	148	26,020	24,719
8 »	1530	1022	10710	167	23,418	35,830
9 »	1480	1022	10360	162	20,816	30.808
10 »	1180	1025	10620	166	22,117	25,098
Medie	1348	1023	10407	162	22,198	29,481

Osservazione II — **B... G... infermiere di anni 23. Peso kg. 61.30**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P.R. Totale	P R.di 1 kil. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
5 Febbraio	1150	1022	11500	188	18, 214	20, 946
6 »	1220	1020	10980	179	20, 816	25, 396
7 »	1200	1023	12000	196	20, 816	24, 959
9 »	1150	1025	9200	150	19, 915	22, 602
10 »	1012	1025	8096	132	23, 418	23. 699
11 »	1215	1024	9720	159	20, 816	25, 291
Medie	1158	1023	10259	167	20, 665	23, 865

Osservazione III — **B... B... infermiere di anni 56. Peso kg. 54,000**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
20 Febbrajo	1050	1023	9450	175	16,913	17,759
21 id.	970	1025	8760	162	15,612	15,143
22 id.	1030	1023	9040	168	18,214	18,760
23 id.	1200	1020	7800	144	20,816	24,979
24 id.	1130	1023	7910	147	18,214	20,581
25 id.	1090	1022	9270	172	19,515	21,271
Medie	1078	1023	8705	161	18,216	19,748

Osservazione IV — **G... G... infermiere di anni 28, Peso kg. 63,900**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
1 Marzo	1250	1023	8750	137	26,020	32,525
3 id.	1312	1020	9184	144	24,719	32,431
4 id.	1014	1027	10140	159	27,321	27,703
5 id.	1030	1025	6800	106	24,719	25,560
6 id.	1320	1025	13320	208	22,117	29,636
8 id.	1000	1026	9000	141	26,020	26,020
Medie	1154	1022	7875	149	25,154	28,979

Osservazione V — **C... C... infermiere di anni 21. Peso kg. 62.000**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
2 Marzo	1035	1026	5400	87	16,913	17,504
3 id.	1300	1017	10400	167	19,915	25,890
4 id.	1300	1015	10400	167	18,214	23,678
5 id.	1036	1028	7252	117	20,816	21,565
6 id.	1000	1030	5500	89	19,215	19,215
7 id.	1280	1026	8960	145	20,816	26,644
8 id.	1260	1026	9650	156	19,515	24,589
Medie	1171	1024	8223	132	19,343	22,728

Osservazione VI — **A... E... infermiere di anni 36. Peso kg. 60.500**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
2 Marzo	950	1026	8550	141	18,214	17,303
3 id.	1030	1024	9270	153	18,214	18,760
4 id.	1050	1023	9450	156	18,214	19,125
5 id.	1110	1020	10545	174	20,816	23,106
6 id.	1030	1023	9270	158	19,215	19,791
Medie	1034	1023	9417	155	18,934	19,617

Osservazione VII — **P... L... infermiere di anni 30. Peso kg. 75.500**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
6 Marzo	2100	1018	12600	167	19, 515	40, 981
7 »	2000	1023	12000	159	22, 117	44, 234
8 »	1980	1023	11880	157	18, 214	36, 063
9 »	2000	1023	10500	139	23, 418	46, 836
10 »	1830	1025	11895	158	19, 515	35, 712
11 »	2100	1020	12600	167	20, 816	43, 714
Medie	2001	1022	11912	157	20, 599	41, 256

Osservazione VIII — **F... L... infermiere di anni 33. Pes kg. 44.1**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
6 Marzo	1300	1023	10400	162	20, 816	27, 061
7 »	1350	1022	9450	147	19, 915	26, 885
8 »	1350	1022	10146	158	22, 117	29, 858
9 »	1450	1020	11600	181	20, 816	30, 183
10 »	1050	1023	9450	148	19, 915	20, 910
12 »	1340	1022	10720	167	20, 816	27, 893
Medie	1207	1022	8628	160	20, 732	27, 131

Osservazione IX — **P... M. infermiere di anni 24. Peso kg. 64, 300**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
8 Marzo	1020	1020	8670	132	20,816	21,232
9 id.	1110	1019	10450	158	22,117	24,549
10 id.	1100	1019	9845	148	22,117	24,328
11 id.	1350	1022	9450	143	19,515	26,345
12 id.	1300	1023	10400	157	20,816	27,060
Medie	1176	1020	9763	147	21,076	24,702

Osservazione X — **G... G. infermiere di anni 42. Peso kg. 71, 500**

(Urine delle 24 ore)

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
8 Marzo	950	1028	10450	146	22,117	21,011
10 id.	1800	1021	9180	128	20,816	37,469
11 id.	1350	1025	10875	152	23,418	29,858
12 id.	1080	1028	9720	136	20,816	22,481
13 id.	1310	1024	10100	141	19,975	26,157
14 id.	1300	1021	11700	164	22,117	28,752
Medie	1298	1024	10317	144	21,525	27,621

Contemporaneamente alle osservazioni fatte sugli individui normali, furono eseguite quelle sugli ammalati, cercando di scegliere quei ricoverati in cui la forma classicamente circolare non poteva dar luogo a dubbio alcuno. Questo il motivo per cui gli esperimenti sono in numero relativamente limitato, ma spero sufficiente per potere con chiarezza orizzontarsi circa i risultati ottenuti.

Naturalmente le osservazioni eseguite sugli ammalati furono tutte eseguite in varii tempi. In alcuni in cui si avevano periodi di calma vera e propria con completa lucidità, le ricerche furono eseguite in questi ultimi periodi e nello stato di eccitamento e depressione a cui erano sottoposti: in altri solo nel periodo di grave agitazione o di manifesta e profonda depressione psico-motoria. Ed ecco le tabelle riassuntive:

Osservazione I — **P... C. di Livorno di anni 52. Peso kg. 62.**

È in grave stato di eccitamento psico-motorio, logorroico, non del tutto coerente nei discorsi, pieno di attività che si esaurisce in cose futili e di poco momento. Nutrizione generale buona.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
11 Novembre	1160	1027	12424	200	24, 718	28, 672
12 »	1020	1024	11220	181	28, 622	29, 194
13 »	1200	1025	11215	180	20, 816	24, 979
9 Dicembre	1300	1022	16900	273	23, 418	30, 443
10 »	1150	1020	11500	186	20, 612	23, 704
12 »	1200	1023	13200	213	19, 915	23, 898
Medie	1461	1024	11640	195	18, 463	27, 236

Lo stesso ammalato durante un periodo di grave depressione.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P R Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
21 Gennaio	1170	1023	10450	179	15, 612	18,266
22 id.	1900	1019	10080	163	18, 214	34, 607
23 id.	1260	1023	10400	168	18, 214	22, 950
24 id.	1290	1023	9180	148	13, 214	23, 496
25 id.	1950	1022	9675	155	20. 612	40, 193
26 id.	1200	1020	9200	148	19, 915	23, 808
Medie	1461	1024	9830	158	18, 473	27, 236

Osservazione II — **P..... L... di Porto Maurizio. Peso kg. 69.400** Fortemente eccitato, loquace, soffre d'insonnia, canta quasi di continuo, è rosso in viso. Nei discorsi è fatuo, verboso, manifesta una completa euforia. Condizioni fisiche generali buone.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P.R. Totale	P R. di 1 kil. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
11 Novembre	950	1021	11400	464	26, 020	24, 719
12 »	325	1018	10215	147	19, 915	16, 171
13 »	2060	1015	9126	131	22, 117	22, 444
14 »	050	2033	12200	176	24, 301	23, 086
15 »	1210	1020	12500	180	28, 214	34, 139
16 »	1100	1021	9450	136	23, 418	25, 760
Medie	1013	1019	11640	155	23, 997	4. 553

Lo stesso ammalato durante il periodo di calma.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
21 Giugno	1227	1023	11215	162	18,214	22,349
22 id.	1230	1023	9126	131	20,612	25,353
23 id.	1060	1020	8550	128	19,915	21,110
24 id.	1310	1024	10080	145	20,816	27,269
25 id.	1220	1025	8160	118	23,418	23,570
26 id.	950	1024	9450	136	19,915	18,919
Medie	1166	1023	9430	136	20,481	23,928

Osservazione III — **C..... F..... di Volterra di anni 67. Peso kg. 41,** pieno di attività e completamente euforico - loquace, litiga con gl' infermieri, coi medici perchè non vogliono che lavori. È rosso in viso, si affatica e suda abbondantemente: soffre d' insonnia.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
5 Aprile	950	1024	12500	305	19,515	18,539
6 id.	1070	1021	12500	305	16,913	18,096
7 id.	980	1020	9200	224	15,612	16,259
8 id.	1300	1015	9900	241	15,612	20,296
9 id.	1250	1018	11215	274	19,515	24,393
10 id.	1800	1020	10080	246	20,612	37,101
Medie	1225	1019	10899	265	17,963	22,447

Lo stesso ammalato nel periodo di calma con fenomeni di depressione.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
16 Marzo	950	1025	10440	255	22,117	21,011
17 id.	1180	1023	9450	230	20,816	24,563
18 id.	1350	1017	11500	280	16,913	22,832
23 Giugno	1200	1018	13640	333	15,612	18,734
24 id.	1390	1020	13200	322	16,913	22,508
25 id.	1280	1020	12600	307	15,612	19,983
Medie	1225	1020	11805	288	17,997	21,605

Lo stesso ammalato in un periodo di gravissima agitazione che si protrae da lungo tempo. Peso kg. 39.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
7 Maggio	1050	1024	7600	194	16,913	17,758
8 id.	940	1019	8160	209	19,515	18,344
9 id.	1230	1020	8420	215	20,816	25,604
10 id.	1015	1018	6860	175	20,816	21,128
11 id.	1080	1018	7150	183	16,913	18,266
Medie	1063	1019	7638	195	18,994	20,250

Osservazione IV — **P... S... di Corvo (S. Maurizio) di anni 58. Peso 79. 5** — Individuo di forte costituzione organica, ben nutrito — Il giorno 13 Giugno ci accorgiamo che sta per incominciare il solito periodo di eccitazione a cui va soggetto tutti gli anni. L' ammalato domanda insistentemente di essere operato di un' ernia inguinale destra, da cui è affetto da lungo tempo; ci chiede delle cartoline illustrate da spedirsi ai suoi parenti, (egli che mai invia lettere o cartoline) e le cartoline le firma L. S. o meglio De - S - Da questi sintomi che si presentano tutti gli anni in modo stereotipico, comprendiamo che il periodo di eccitamento sta per iniziarsi. E infatti non tarda a subentrare un periodo di forte iperattività motoria; fa lunghe passeggiate, prende frequenti bagni freddi, lavora di continuo, notte e giorno, dorme poco, è congesto, loquace, irritabile, del tutto euforico. Tale periodo si protrae da 1 a 2 mesi e lentamente subentra il periodo di depressione che dura lungo tempo.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
16 Giugno	1450	1015	10875	112	19, 515	13, 297
17 id.	1150	1024	11500	118	16, 913	19, 450
18 id.	1000	1027	9500	97	18, 214	18, 214
19 id.	1100	1026	10400	107	22, 117	24, 329
20 id,	1250	1026	11000	113	20, 816	26, 019
23 id.	1210	1024	10500	108	20, 816	25. 187
Medie	1193	1023	10629	109	19, 731	22, 749

Il medesimo ammalato in periodo di calma.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
23 Marzo	1360	1025	15000	154	16, 913	21, 011
24 id.	1350	1021	8167	84	18, 214	24, 589
25 id.	1370	1021	9240	95	14, 301	19, 592
26 id.	1300	1022	9250	95	16, 913	21, 987
27 ie.	1290	1021	11215	115	14, 301	18, 448
28 id.	1320	1020	9180	94	19, 315	25, 760
Medie	1331	1021	10340	106	16, 692	21, 886

Osservazione V. — **T... E... di Pomarance di anni 45. Peso kg. 58, 500** — È dotato di buona costituzione organica. Attualmente trovasi da varii giorni in istato di forte eccitamento psichico e motorio. Parla continuamente saltando da un argomento ad un altro, canta, manifesta completa euforia, si alza sul letto, balla, inveisce spesso contro gl' infermieri, i medici, soffre d' insonnia. È congesto. Mimica esagerata. Si mantiene abbastanza lucido.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
15 Maggio	1360	1011	8160	141	15,612	20,232
16 id.	1100	1028	11050	189	16,913	18,604
17 id.	780	1026	9360	160	15,612	12,177
18 id.	1290	1010	9645	164	20,816	26,853
19 id.	1250	1011	12500	230	18,214	22,767
20 id.	1170	1020	10500	179	20,816	24,355
Medie	1158	1017	10202	177	17,997	20,831

Lo stesso malato in un periodo di depressione.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P. R. Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea per 1 litro	Urea totale
25 Luglio	1400	1018	9800	167	16, 913	23, 678
26 id.	1280	1022	7680	131	14, 301	18, 305
27 id.	1350	1020	8100	138	19, 515	26, 345
28 id.	1110	1024	8230	140	14, 301	15, 874
29 id.	1000	1024	9000	153	15, 612	15, 612
30 id.	1300	1020	9100	155	19, 515	25, 369
Medie	1240	1021	8621	147	16, 692	20, 863

Osservazione 6.ª — **L... P... di Buti (Pisa), di anni 53. Peso 56,500.** È in stato di forte eccitamento, parla ad alta voce, è in preda ad allucinazioni acustiche, soffre d' insonnia. Nei suoi discorsi è sommamente disordinato, sfiora svariati argomenti, ritornando a preferenza su temi misticó - religiosi. Appena mi vede, con aspetto e mimica che tradiscono la più completa euforia, saluta e mi rivolge mille svariate domande. È un *abitué* del nostro Istituto a cui fa ritorno quasi annualmente. Nei periodi intervallari è completamente lucido. Condizioni fisiche soddisfacenti.

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P R Totale	P R di 1 kg. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
1 Luglio	1005	1030	12060	231	22,117	22,227
2 id.	1150	1017	9200	163	20,816	23,938
3 id.	1120	1020	9080	160	20,816	23,314
4 id.	1050	1021	9450	167	19,515	20,491
5 id.	1010	1020	9744	172	21,477	21,692
6 id.	1180	1021	10620	190	18,214	21,492
Medie	1084	1021	10025	180	20,492	22,192

Lo stesso nel periodo di calma:

DATA DELLE ESPERIENZE	Quantità	Densità	P.R. Totale	P R.di 1 kil. di peso	UREA per 1 litro	UREA totale
24 Luglio	1000	1021	6000	106	16,913	16,319
25 id.	1350	1015	9400	166	15,612	17,076
26 id.	1300	1018	8160	144	18,214	23,678
28 id.	1400	1015	8400	148	20,816	29,142
29 id.	1350	1020	6750	119	15,612	19,075
30 id.	1200	1021	8400	148	18,214	21,857
Medie	1266	1018	7851	138	17,563	21,191

Riassunto di altre 6 esperienze nei due diversi periodi

1.° Periodo di eccitamento

(Urine delle 24 ore)

N.° d'ord.	MALATI	Quantità	Densità	P R Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea di 1 litro	Urea Totale
1	L. G. di anni 40 kg. 74	1020	1022	12424	168	20, 816	31, 222
2	S. G. » 26 » 65	1060	1020	9126	140	20, 816	22, 065
3	S. T. » 33 » 63	930	1025	13950	221	22, 117	20, 468
4	G. B. » 58 » 63	1050	1020	9450	150	26, 816	21, 857
5	C. D. » 54 » 81	1180	1026	10620	131	22, 117	26, 098
6	F. L. » 42 » 56	1200	1023	10800	192	18, 214	21, 857
	Medie	1073	1022	11061	167	20, 216	22, 262

2.° Periodo di depressione

(Urine delle 24 ore)

N.° d'ord.	MALATI	Quantità	Densità	P R Totale	P R di 1 kg. di peso	Urea di 1 litro	Urea Totale
1	L. G. di anni 40 kg. 74	1014	1020	9126	124	20, 816	21, 107
1	S. G. » 26 » 67	950	1022	8550	126	19, 915	18, 919
3	S. T. » 33 » 63	1080	1026	9720	153	18, 214	19, 671
4	G. B. » 58 » 63	1100	1020	6600	110	20, 816	22, 898
5	C. V. » 54 » 81	1150	1023	9750	118	15, 612	19, 515
6	S. L. » 42 » 56	1340	1020	8040	143	18, 214	24, 407
	Medie	1122	1021	8621	129	18, 931	21, 086

MEDIE DEI RISULTATI COMPLESSIVI DELLE ESPERIENZE

		Quantità	Densità	P. R. totale	P. R. di 1 kg. di peso	Urea di 1 litro	Urea totale
Individui normali		1262	1022	9550	153	20,845	26,512
F. Circolari	P. di eccitamento	1129	1020	10539	184	20,170	22,834
	P. di depressione	1281	1021	9651	162	17,981	22,784

I risultati a cui sono giunto in seguito agli esperimenti eseguiti e che ho condotto con quella maggiore scrupolosità ed esattezza che si richiedono in tali ricerche, si prestano, parmi, ad osservazioni di una qualche entità. Scrivevo più avanti che sulla quistione del se e del quando le alterazioni del ricambio e le autointossicazioni, influiscano sulla genesi e sviluppo della frenosi maniaco-depressiva, discutono tuttora gli autori, e v'è chi in seguito ad accurate esperienze, ha dovuto concludere che il fenomeno dell'intossicazione (ammesso che talvolta esista) non ha alcun significato sostanziale nella patogenesi e nel decorso della malattia in parola (ALBERTI). Ma, ripeto, i pareri sono diversi e (solamente per citare ultime ricerche di valenti osservatori), PIGHINI nel suo lavoro « *la catalasi del sangue in alcune malattie mentali* » ha potuto constatare che il potere catalitico della catalasi é notevolmente diminuito nelle varie malattie prese in esame « e il valore più basso lo ha riscontrato nelle forme cliniche più accentuate della malattia fra cui un caso di *frenosi maniaco - depressiva* ». Con scientifico e logico ragionamento, PIGHINI attribuisce l'alterazione della catalasi del sangue nelle malattie mentali, cadute sotta la sua osservazione a uno stato d'intossicazione in esse permanente. E PARDO nella sua memoria sulla « *Indossiluria nei malati di mente* » ha trovato iperindossiluria negli stati depressivi della frenosi maniaco - depressiva e pure forte iperindossiluria (sebbene un pò meno grave che negli stati depressivi) nei periodi d'eccitamento. — Le ricerche eseguite da quest'ultimo A. completano quanto avevamo già osservato io e BENINI nel nostro lavoro sulla « *Diazoreazione e indicanuria negli alienati* » pubblicato nel 1906. Io non metto in dubbio che il metodo preferito dal PARDO non sia per avventura migliore del metodo IAFFÈ usato da noi e sono perfettamete convinto del suo rigoroso tecnicismo: debbo però confessare che sui dati principali; e specie su quelli sopra i quali più direttamente avevamo rivolto le nostre ricerche « a scoprire, cioè, se esistesse diazoreazione e indicanuria negli stati di eccitamento e di grave depressione », egli ha confermato, completandole, le nostre conclusioni, le quali, per la conferma avuta dai suoi esperimenti, acquistano quella maggiore attendibilità giustamente voluta nelle ricerche scientifiche.

Difatti mentre il PARDO ha trovato « forte iperindossiluria negli stati depressivi e di eccitamento », noi scrivevamo alla 2.ª conclusione del nostro lavoro che « tanto l'una (la diazoreazione) che l'altra (la

indicanuria) si possono con facilità verificare nelle forme di grave eccitamento maniaco e nelle profonde depressioni psichiche e motorie delle forme malinconiche ». —

Da quanto dunque si é detto risulta che nella frenosi maniaco - depressiva debbono giuocare parte non trascurabile le intossicazioni organiche sia pure come *effetto* secondo quanto pensa Pighini, ammettendo che la causa prima morbigena sfugga per adesso alle nostre ricerche. Ecco intanto i risultati a cui sono giunto in seguito ai miei esperimenti.

Nei periodi di eccitamento della frenosi maniaco - depressiva il potere riduttore delle orine è aumentato a confronto dei normali: nei periodi di depressione tale aumento si mantiene, ma assai più lieve. Ora tale fatto sta a significare che in questi ammalati, specie durante il periodo d'agitazione, l'assimilazione si compie in maniera meno completa della norma; e d'altra parte la diminuita quantità d'urea durante lo stato depressivo è l'esponente di quanto in questo periodo siano rallentati i processi organici di ossidazione. Evvi adunque in tali ammalati una evidente alterazione del metabolismo organico, rappresentato dal fatto che la funzione di assimilazione è meno completa, mentre contemporaneamente i processi d'ossidazione sarebbero, specie nei periodi depressivi alquanto rallentati, conforme del resto a quanto avrebbero osservato Mendel, Marro, Cristiani. — Ho osservato altresì che dopo alquanto tempo trascorso in stato d'eccitamento il potere riduttore delle urine diminuisce e sovente diminuisce in misura ragguardevole: quando avviene questo fatto non tarda a subentrare la calma, e ciò sarebbe perfettamente logico e conseguente in quanto appunto il diminuito potere riduttore delle urine, starebbe a dimostrarci che l'assimilazione si compie in misura più completa e le oscillazioni del bilancio organico dopo le perturbazioni tempestose subite, tendono nuovamente ad equilibrarsi.

Nella cattiva assimilazione degli alimenti, accompagnata al rallentamento dei processi di ossidazione, durante i periodi di depressione, deve appunto ricercasi la causa del deperimento a cui vanno sovente incontro tali individui; proprio al contrario di quanto accade nei dementi precoci, i quali, grazie appunto alla più completa assimilazione e a diminuita ossidazione, come ha osservato il D'Ormea, si mantengono somaticamente floridi e ben nutriti. E notisi altresì che più spiccata emerge la differenza nei ricorrenti, in quanto, in questi individui, durante i periodi intervallari di completa lucidità, i processi

di assimilazione e di ossidazione si mostravano più attivi e completi che negli stessi normali. —

In forza del moderno concetto su le autointossicazioni ci è noto che esse sono fornite da sostanze tossiche le quali vengono riassorbite dall'organismo stesso che le ha elaborate; possono formarsi anche nell'organismo sano ed hanno due origini: alcune sono i prodotti, normali o anormali, della digestione e si producono nel tubo gastro-enterico, le altre nel seno degli stessi tessuti dai prodotti normali o anormali del metabolismo organico.

Niente dunque di più probabile che la difettosa assimilazione, accompagnata dal rallentamento dei processi di ossidazione, l'alterazione in una parola, dei processi metabolici dell'organismo concorra potentemente a creare quello stato d'intossicazione a cui soggiace l'organismo in questi ammalati, i quali per il fatto appunto che « i loro cervelli esercitano un potere distruttivo e fagocitico molto meno attivo sulle sostanze tossiche che penetrano nel sangue e per la diminuita resistenza della struttura isto-chimica dei loro elementi nervosi » risentono con maggiore violenza le perturbazioni autotossiche a cui è in preda la loro compagine organica. — E ciascun organismo pure reagendo, in modo differente a seconda della costituzione individuale, tanto da avere o la prevalenza dello stato depressivo, o dello stato maniaco, o le forme miste della frenosi maniaco-depressiva, sarebbe nondimeno sottoposto sempre all'azione di identiche cause autotossiche. Una medesima sostanza tossica può produrre le più svariate malattie mentali giacchè sempre si ha da fare, e potentemente, col fattore individuale differente in ogni organismo. — Oggi dopo che il De Giovanni ha rinnuovato e rinnovellato i principî dell'indirizzo individualistico nell'esame degli ammalati, valendosi delle diverse combinazioni morfologiche, si apre un nuovo campo alle ricerche nella nostra specialità, sopratutto nei riguardi delle forme costituzionali, e forse nell'individualità come risultante di tutti i caratteri anatomici e funzionali, deve eziandio ricercarsi la soluzione del problema che ci affatica la mente. Il diapason della vita, per quanto sovente stimolato da un'identica causa efficiente, vibra in maniera troppo dissimile da individuo a individuo di modo che la nostra intonazione psichica differisce costantemente per ogni singolo organo e il senso cenestetico che è il risultato delle multiple e multiformi sensazioni costituenti l'intima personalità organica è sempre illimitatamente vario.

A tutti è noto con quanta facilità esso soggiaccia alle condizioni

generali dell' intero organismo, condizioni che ripetono bene spesso la loro origine dalle oscillazioni del bilancio organico e delle condizioni tossiche ed autotossiche a cui esso eventualmente trovasi in preda. TANZI chiama psicosi affettive la *melancolia, la mania, la mania periodica, la malinconia periodica, la pazzia circolare* appunto perchè in esse è leso sopratutto il sentimento, che noi sappiamo essere in diretti ed intimi rapporti con la cenestesi (BIANCHI). Di qui l' accordo di tutti i migliori trattatisti nell' attribuire una grande importanza nella genesi di dette forme morbose a condizioni generali dell' intero organismo, forse per speciali prodotti del ricambio organico (TANZI), la cui azione eserciterebbe appunto una speciale influenza sul senso cenestetico che avrebbe sua sede sopra la maggior parte della corteccia cerebrale con un massimo d' intensità nella zona somestetica. — Ivi dovrebbero presumibilmente svolgersi le più importanti alterazioni nervose, per dato e fatto delle autointossicazioni e dell' alterato ricambio, del quale sarebbero un esponente i risultati scaturiti dalle mie osservazioni, *l' aumento* cioè *del potere riduttore delle orine durante i periodi di eccitamento: l' aumento dello stesso potere, sebbene in grado minore, durante lo stato di depressione; la diminuzione di esso dopo uno stato di prolungato eccitamento e il rallentamento delle ossidazioni organiche verificatosi sopratutto nei periodi depressivi.*

BIBLIOGRAFIA

Vedrani — Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali. (*Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom. A. XXX pag. 128*).

Salemi — Intorno ai rapporti fra la frenosi maniaco-depressiva e la demenza primitiva (Idem A. XXXII Fasc. III - IV).

Kraepelin — Psichiatria. Trad. ital. Ed. Vallardi Milano.

Alberti — Giornale di psich. clin. e tecn. manic. A. XXX fasc. I. II. III. IV.

Pini e Benini — Diazoreazione e indicanuria negli alienati di mente. Rivista medica 1906 n. 5.

Pini — Sul potere diastasico della saliva nei diversi periodi della frenosi circolare e nella dementia præcox. Clinica Moderna. Anno XIII 1907 Fasc. 21.

Pighini — La catalasi del sangue in alcune malattie mentali. Annali di nevrologia. Anno XXIV fasc. V. VI.

Pardo — Ricerche sull'indossiluria nei malati di mente. (Rivista sperimentale di freniatria. Vol. 33, fasc. I).

H. Helier — Sur le pouvoir réducteur des tissus: foie et pancreas. Comptes rendus de l'Accademie des Sciences, 1899.

Molon — Sul potere riduttore dei liquidi organici. (Gazzetta degli Ospedali 19-3, Num. 149).

Bey Paylade — Comptes rendus de l'Accademie de Sciences, 1897.

I. E. Abelous — Dosage des matieres extractives réductives dans les organes. Archiv. de Physiologie norm. et pathol. V. ser. Tom. IX, 1897, pag. 670.

A. Giacco — Sul potere riducente dei tessuti animali. Arch. di Farmacol. e Terap. Vol. VII. Fasc. 10 e 11.

Ehrlich — Das Sauerstoff Bedürfniss des Organismus. Berlin 1885.

L. Lucatello — Sulle sostanze estrattive riduttrici delle urine nella pellagra ed in altri stati morbosi. Gazzetta degli Ospedali 19 - 3 N. 44.

G. Bufalini — Nuovo metodo per la determinazione del potere di riduzione dei tessuti. Archivio di farmac. e Terapeut. Vol. IX fasc. 10-11.

A. Plessi — Il potere riduttore delle urine nelle pleuriti, polmoniti e tubercolosi polmonare. Gazzetta degli ospedali 1905 N. 7.

D'Ormea — Il potere riduttore delle urine nei dementi precoci. Rivista sperim. di Freniat. Vol. XXII fasc. I-II.

Franco de Rocha — La psicose maniaque depressive. Ann. med. psych. oct. 1906.

G. Deny — De la follie maniaque-depressive. Archiv. de neurol. Jouillet 1906.

Albrecht — Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie LXIII. 3-4-1906.

Ziehen — Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie LXIII-5-1906.

Mendel-Marro-Cristiani — Cit. da Ballet. Traité de Pathologie Mental. Paris, Oct. Doin Ed. 1903 pag. 301.

Tanzi — Trattato delle malattie mentali. Soc. Edit. Libraria Milano 1905.

Bianchi — Trattato di Psichiatria Casa Edit. Libr. Pasquale Napoli 1905.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra.

LE MALATTIE MENTALI E LE CORRENTI MIGRATORIE

dell' Italia Meridionale

PEL

Dott. Francesco Lener

L'emigrazione, che da anni si è determinata in Italia, e che, specialmente nell' Italia meridionale è, in questi ultimi tempi, divenuta molto intensa, comprende specialmente la popolazione adulta, più valida cioè al lavoro; e questo movimento d'espansione, cagionato oltre che da altre cause, dal disquilibrio fra i mezzi locali di sussistenza e l'aumento continuo degli abitanti, si è ogni anno più intensificato, sicchè, solamente nel quinquennio 1901-905, ottennero il passaporto per l'estero 2,770.253 individui, in media cioè 564000 individui all'anno. Di questi una metà si sarebbe diretta nei varii stati d'Europa o del bacino del Mediterraneo, ed un'altra parte verso gli Stati Uniti del Nord, al Brasile ed alle repubbliche del Plata.

Secondo il Raseri, (1) e ciò del resto è perfettamente vero, il maggior contingente all'emigrazione transatlantica è dato dall' Italia meridionale, serbando, per lo più, le correnti migratorie che di qui partono il carattere di *permanenti o proprie*; sono per i due terzi della cifra totale, alimentate dai lavoratori della terra, in quanto che come risulta da una recentissima statistica del Commissariato d'emigrazione, gli emigranti sono per la gran maggioranza agricoltori, pastori, boscaiuoli, giornalieri e braccianti. Le provincie consorziate (Bari, Foggia, Campobasso, Avellino, Salerno, Cosenza) dànno, com'è noto, un largo contributo a queste correnti d'emigrazione, le quali oramai hanno determinato, specialmente in alcune di esse, notevoli

(1) Tolgo queste poche notizie demografiche dal bel lavoro del Raseri: I movimenti migratorii nella popolazione italiana — pubblicato in Rivista italiana di Sociologia fasc. V e VI Anno X Pag. 576.

spostamenti sociali come la decadenza ed il dissolvimento di alcune classi sociali, e la formazione di nuove; (1) queste provincie vedono ogni giorno aumentare i loro ammalati di mente, i quali vengono ricoverati nel nostro Manicomio, ed è per questa ragione che ho voluto studiare quanta parte vi abbia in questo aumento la emigrazione, la quale ben può definirsi un crogiuolo attraverso il quale la costituzione psico-mentale dell'individuo subisce le prove più dure. Studierò in seguito in che modo il fenomeno dell'emigrazione possa influire sull'aumento reale dei malati di mente; ma fin da ora si può stabilire questo concetto che l'attività psico-sociale dell'emigrato, vien posta, improvvisamente, e perciò senza alcuna preparazione, al cimento di stimoli più energici e varii, con nuove condizioni di vita intellettuale; e pel rapido variare degli orizzonti economici, non solo, ma più per cambiate condizioni ambientali e di lavoro essa piega o si perturba o si spezza accrescendo cosi il numero dei feriti o dei mutilati nella lotta quotidiana.

Chi è ancora dubbioso sul valore che può avere il fattore sociale nella genesi delle malattie mentali, come le crisi economiche, l'inacerbirsi della concorrenza e più certe condizioni esaurienti di lavoro, si fermi a considerare quanto contribuisca a dissolvere la personalità, l'improvviso complicarsi e l'estendersi di nuovi rapporti sociali, l'infinita sequela di stimoli che da questi derivano col superbo corteggio di nuove impressioni, di nuovi eccitamenti, i quali operando sulla psiche creano nuovi contenuti di sensazioni e rappresentazioni, di sentimenti e di tendenze onde l'equilibrio psico-sociale dell'individuo rimane fortemente colpito e turbato. Si spezza la continuità delle abituali associazioni, e nella lotta fra tendenze varie e discordi, accumulantisi nella coscienza, l'organismo mentale va incontro a disturbi, talvolta gravissimi; ecco perchè attraverso il fenomeno della emigrazione a me pare possiamo indagare quanto valga l'ambiente a stabilire il disquilibrio della personalità in individui che non riuscirono ad adattarsi alle esigenze di una nuova vita sociale, cosicchè le manifestazioni patologiche della loro mentalità sono chiaramente in rapporto alle cause esterne operanti su di essi, ed al cumulo di azioni e reazioni, alle quali improvvisamente furono sottoposti; da che si stabilì la cosidetta *dissociazione psichica*.

(1) Presutti — Fra il Trigno ed il Fortore — Napoli — Tocco — 1.

Durante i due anni che ho prestato servizio nella sezione osservazione Uomini, gli ammalati di mente, per i quali si è potuto accertare la permanenza in America, sono moltissimi, come appresso vedremo; sono nella quasi totalità, agricoltori e la loro età va da un minimo di 19 anni, ad un massimo di 55 e la loro permanenza va da un minimo di cinque mesi fino ad un massimo di 20 anni. Mi sono servito esclusivamente, in questo studio, di dati riguardanti emigrati uomini, sia per ragioni di opportunità, sia perchè il maggior contingente all'emigrazione vien dato da essi, mentre per lo più la donna resta in patria, essendo più attaccata ai vincoli di famiglia ed alle tradizioni della casa, ed anche perchè il prezzo del viaggio, per quanto basso, rappresenta sempre una somma non indifferente pel povero emigrante. Per l'anno 1905, per buona parte di entrati ho potuto servirmi dei dati redatti accuratamente da altri Colleghi, e solo in minima parte, dall'interrogatorio dell'ammalato, integrato da informazioni richieste alla famiglia, od al medico che aveva redatto il modulo informativo. Cosicchè il presente studio riguarda gl'infermi di mente delle 6 provincie consorziate e ricoverati nel triennio 1905-07 pei quali si è potuto con sicurezza stabilire la permanenza in America od in altre regioni transoceaniche.

Il fenomeno della emigrazione, sia questa permanente, sia periodica, quando investe intere regioni, rappresenta l'indizio più sicuro d'inferiorità economica, causa prima della inferiorità psico-sociale dell'individuo, come di un popolo. Non è il caso di ricordare in questo lavoro, i risultati di accurati studi, che da oltre un ventennio si vanno pubblicando, sulle condizioni economico-sociali dell'Italia meridionale; quanti se ne occuparono, e sono una schiera numerosissima, han rilevato le cause varie e complesse che determinarono quella cosidetta inferiorità sociale, di cui la manifestazione più grave sarebbe la delinquenza, che assolutamente presa è in gran diminuzione, quantunque rispetto a quella del nord, fa osservare una percentuale sempre impressionante.

Nelle provincie consorziate, queste cause non agiscono tutte in eguale misura, ma in tutte agirono la deficienza della viabilità ordinaria, l'aumentata pressione dei tributi, l'aumento dei prezzi dei prodotti non eguale all'aumento dei salarii; e nessuna delle sei provincie potè anche sottrarsi alla deleteria influenza dell'analfabetismo, che è davvero la manifestazione più genuina della fase di arretrato sviluppo in cui ancora le provincie meridionali si trovano. Io intendo

per analfabeti, non solamente quelli che non sanno nè leggere nè scrivere, ma anche quelli che p. es. non sono in grado di comprendere ciò che leggono, quelli che sapendo leggere non sanno scrivere, sicchè si raggiunge, nell'Italia meridionale, esclusa s'intende l'insulare, la enorme percentuale di 48,75 per cento di analfabeti, i quali costituiscono il grosso delle correnti migratorie, contro cui i paesi dove prevalentemente si dirigono, fanno uso di severe leggi proibitive come mezzo di difesa contro l'invasione dell'analfabetismo; formano la immensa penombra della nostra civiltà, nella quale brulicano individui, mancanti di elementi di cultura più semplici e volgari, somiglianti ad una landa arida e deserta per la loro mentalità arretrata e rozza.

Delle nostre provincie consorziate, alcune hanno vastissima zona di terreno montuoso (Campobasso, Cosenza, parte della provincia di Salerno, parte di quella di Avellino) dove per le condizioni della viabilità, dei mezzi di trasporto, l'uomo trovasi tuttora come in una fase primordiale di sociabilità (1); vi si trova l'ignoranza primitiva, il nomadismo, la pastorizia; la mentalità individuale e collettiva offre manifestazioni di superficialità puerile, fatta com'è d'immagini concrete, povere, tangibili; spesso il concetto p. es. della forza, dell'autorità è rappresentato dalla vendetta e dalla violenza. Sono di frequente piccoli aggregati umani, viventi del tutto isolati dal resto del mondo, in mezzo a distese di terreno sperdentisi all'orizzonte, o su monti di difficile accesso, a cui l'eco lontana della forza, che si muove e dà la vita, non arriva mai; rappresentano questi nature primitive, nelle quali i sentimenti sono potenti e quasi annullano la vita ideativa e ne determinano la condotta, con manifestazioni di feroce vendetta se credono offeso un modesto diritto. Le manifestazioni psicologiche e mentali integrano il quadro dell'infantilismo sociale di questi aggregati, sperduti nel buio di un isolamento desolante; l'individuo è pauroso, timido, il soprannaturale lo atterrisce, piena come ha la mente di delirî avitici, tramandati fino a lui da padre in figlio, quasi per determinismo ereditario; torpido, apatico, il più delle volte senza iniziative, vivente tuttora in una fase economica servile in cui l'uomo è adoperato come mezzo, come semplice forza meccanica, lavora tutto il giorno e appena riesce a sfamarsi.

(1) Intendo parlare dello strato sociale, che dà maggior contingente all'emigazione.

Oppure sono intere comunanze di contadini (e la popolazione meridionale è prevalentemente agricola), che si dibattono nella miseria più bruta, stretti da vicino dai bisogni più impellenti, premuti dalla ressa del numero, divenuti torpidi per ozio forzato; si cibano, specie nell'inverno, di erbe solamente, e sono spesso colpiti dalla malaria (1), la quale dà tinte più fosche al quadro già desolante; sono questi i cosidetti braccianti e giornalieri, che dànno un largo contingente all'esodo continuo. Con lo scarso sviluppo mentale, vi è qui anche deficienza di sentimenti affettivi e morali; l'attaccamento alla famiglia s'illanguidisce nella tristezza della miseria, la custodia e la educazione dei figli son del tutto abbandonate; questi, appena in tenera età son posti al lavoro per diminuire il peso della larga figliuolanza macilenta e rachitica. Ignoranti, pronti alla reazione, rappresentano la massa bruta, sulla quale mal governa il prete che promette i beni del cielo in mezzo ai mali immanenti della terra. Vivono il più delle volte in ambienti mefitici, bui, stretti: dove giacigli fatti di poca paglia danno ricetto e riposo alla famiglia spesso numerosa; non è difficile che in uno stesso letto dormano confusi i figli maschi e femine, alimentando così inconsciamente i primi impulsi dell'istinto sessuale. Poco lungi dalla casa, l'accumulo quotidiano di rifiuti e detriti ammorbanti l'aria intorno, e in tutti sono visibili tracce profonde di una miseria bruta e degradante.

Un poco più su l'agricoltore, appena provvisto di animali da pascolo o da tiro, aggiogato al carro del padrone, addentato dagli artigli dell'usuraio che ne dissangue le poche sostanze; obbligato ad un lavoro faticoso e snervante, per quanti giorni ha l'anno, egli deve trarre dalla terra i modesti mezzi di vita per sè e per la famiglia — Anche qui società inferiori d'individui tutti simili fra loro, senz'alcuna differenziazione, uniformi nei bisogni e nella manifestazioni della vita sociale; rappresentano anch'essi mentalità arretrate, primitive, sulle quali il simbolismo esercita un'azione fascinatrice; assieme ai primi forma-

(1) Secondo l'elenco dalle zone malariche pubblicato dal ministero dell'Interno. la Provincia di Cosenza su 151 comuni, ne ha 100 malarici, con 112 zone malariche; Salerno: comuni 158, 81 malarici, 98 zone malariche; Avellino: comuni 128, 50 malarici, 63 zone malariche: Campobasso: comuni 133, malarici 118, 140 zone malariche; Foggia: comuni 54, 49 malarici, 69 zone malariche; Bari: comuni 53, malarici 23, 26 zone malariche — Con una percentuale sulla popolazione sana: Cosenza: 85 0|0; Salerno 54 0|0; Avellino 80 0|0: Campobasso 80 0|0; Foggia 100 0|0: Bari 70 0|0 — Nel giornale: Il TOMMASI: N. 3 anno III — 301 — 1908.

no una enorme massa grigia senz'espressione e senza ideali. Hanno scarsa la coscienza di sè e del proprio valore sociale, mentre della famiglia e dell'onore di essa conservano tuttora una concezione fiera, quasi selvaggia, che spesso riesce ad armar loro la mano. —

Ho accennato più su al fatto che la donna più facilmente resta in patria; essa più dell'uomo, fa osservare condizioni di vita inferiori. Per la sua attività limitata alla famiglia, e, assai di frequente, ai lavori campestri, essa è la schiava docile dell'uomo, al quale ubbidisce ciecamente, e per aiutarlo nei lavori campestri, si sottomette a fatiche penose, che la deformano o la invecchiano precocemente; in lei è fortissimo il sentimento dell'onore e l'azienda domestica, per le sue abitudini casalinghe, va avanti senza forti scosse. È abituata a raramente mostrarsi nel pubblico, cresciuta ed educata a vivere nella famiglia e per la famiglia, dove imprime e rafforza le tradizioni, gli usi, i costumi tramandati fino a lei. Il tipo mentale che presenta è infantile, ed ha notevole povertà di linguaggio; hanno le donne del popolo, una mente plastica, soggetta facilmente e docile al governo spesso brutale del marito. Più che sentimenti morali la donna ha nozioni morali, rinforzate dalla tradizione, e dalla religione che nelle sue manifestazioni più appariscenti e coreografiche la conquista e ne annulla ogni volontà: essa è infatti superstiziosa, semplice, rozza, poco curante dell' igiene della persona. Educata fin da bambina solamente ai lavori campestri, od alla filatura ed alla tessitura, per la mentalità rimasta anevoluta, è pronta, talvolta più che l' uomo, ai facili impulsi emotivi; ma d' altra parte sa essere paziente lavoratrice, e nelle contigenze più minute della vita giornaliera, sa usare con vantaggio di quella poderosa arma difensiva, comune alla donna come a tutti gli esseri socialmente deboli, che è l' astuzia. Facile ad accendersi per tutto ciò che è manifestazione di forza e coraggio, di temperamento vivace e di carattere socievole, la donna rappresenta spesso nel meridionale, il mezzo col quale s' iniziano e si tramandano nelle famiglie le tradizioni e le leggende che riescono a tenere desti i sentimenti e gli affetti familiari, ed a rendere più solidamente stretti i vincoli parentali.

In genere, negli strati sociali che maggiormente alimentano le correnti migratorie, si rinviene scarsa evoluzione della personalità psico-sociale dell' individuo, e questi strati rappresentano oggi piuttosto una sopravvivenza di sorpassate civiltà. Non si può infatti negare che è vivo e radicato una specie di dissidio morale fra le popolazioni della città e della campagna; queste, abbandonate a loro stesse, tenute

costantemente isolate da quello che è movimento intellettuale della città, rappresentano anche oggi, quasi gli aggregati primitivi staccati si può dire, del tutto dalla vita cittadina, la quale si svolge al di fuori, ed al di sopra di essi. Mantenuti, come sono, costantemente lontani dalle nozioni più pratiche financo di ciò che ha o può avere attinenze col miglioramento fisico di sè stessi e della famiglia; lasciati, per secolare tradizione, in una inerzia intellettuale che li avvicina ai bruti, rendendoli socialmente inferiori, gli uomini della zappa rappresentano e non da ieri, il materiale umano spietatamente martorizzato. Lo addimostrano, se non vi fossero altri segni, l' accumulo di gravi stigmate di povertà fisiologica e di anomalie degenerative, che sono indubbiamente il prodotto di un lavoro esauriente, della scarsa nutrizione, delle intossicazioni dell' organismo, e nella donna stabilite dalle frequenti gravidanze, dai prolungati allattamenti, dalla fatica e dei disagi innumerevoli.

Si può dire che il contadino presenti in ogni luogo come una maschera uniforme, per la quale si assomiglia l' uno all' altro; è la maschera determinata dalla denutrizione, trasmessa ed aggravata di generazione in generazione, dalla miseria fisiologica patita già nel seno materno e per ciò, questo tipo, come benissimo dimostra il Loria, per quanto innato e scheletrico, è sempre d'origine economica (1). E questo concetto è, con molta esattezza, ribadito dal Niceforo (2) in suoi recenti studii, quando dice: « Costituisce uno degli errori più comuni, « da tempo immemorabile in circolazione (che tutti accettano ad occhi « chiusi) la credenza che bisogna scendere nel popolo per trovare i « migliori tipi di viso e di espressioni. Quale profondo equivoco! Quale « profonda illogicità questa, di credere che è in uomini torturati da « padre in figlio, dalla miseria fisiologica, dalla denutrizione, dalla fatica « cronica e da tutte le complicazioni che ne derivano, che si trova il « più armonico tipo di viso e di espressione. Basta infatti mescolarsi « sui mercati, nelle fiere, nelle campagne, nelle officine, alla folla dei « lavoratori, tenacemente in lotta contro le rudi asperità della materia « bruta, insufficientemente nutriti o avvelenati dalle tossine della fatica, « per accorgersi quanto sia grande quel pregiudizio che cerca in orga- « nismi ed in volti macerati da una tragica complessità di condizioni

---

(1) *Achille Loria* — Le basi economiche della costituzione sociale.
(2) *Alfredo Niceforo* — Lo studio scientifico delle classi povere.

« economiche, il completo e armonico sviluppo. Anche le donne del « popolo, di cui spesso si vanta la robustezza e la floridezza, misera- « mente sfioriscono anche se bellissime, dopo il primo figliuolo, che con « la gestazione e l'allattamento esaurisce d'un colpo l'effimera forza « della giovinezza materna, già ascosamente minata dalla lunga serie « di dolori sopportata dagli antenati. »

Ed a tal proposito già il PENTA (1) avea fatto rilevare che, « quei « contadini, quegli operai, quegli infelici lavoratori, non sono punto « decaduti da un livello antropologico che non hanno mai raggiunto, « ma per le infelici condizioni di esistenza, non poterono, ed essi ed i « padri e gli antenati loro, arrivare a forme antropologiche più evolute « e più alte, e perpetuano quindi un tipo, inferiore quanto vuolsi, ma « antico e primitivo. »

Nè solamente appariscono uniformi nella struttura morfologica, vi è altresì uniformità nella costituzione psico-mentale dei contadini, stabilita anche questa dalle condizioni dell'ambiente esterno, isolato dai centri, con scarsi e lenti mezzi di trasporto, per cui manca quel continuo, quasi invisibile, lavorio di penetrazione lenta che hanno i nuovi acquisti della civiltà; perciò questi strati sociali rappresentano ora l'immensa massa grigia senza ideali e senz'espressione, come accennavo poc'anzi, ben definita dal TYLOR (2) come rappresentanti una fase di sopravvivenza o di primitività.

Questi strati sociali formano come dei cerchi eccentrici, allontanantisi dal punto focale della coscienza popolare; la fase arcaica, ancora visibile, della civiltà, nella quale abbondano superstizioni e pregiudizi i e hanno vita rigogliosa le piccole astuzie; dov'è annebbiata talvolta ma non oscurata la coscienza morale. E, d'altra parte, v'è la tenacia in certe idee, la volontà inesauribile al lavoro, l'affetto alla famiglia, al luogo natio, alle tradizioni della casa e del paese; sono capaci di azioni generose, benefiche, disinteressate; laboriosi, miti, sereni nelle angustie torturanti della vita quotidiana, ospitali, attaccati alla terra, contenti della loro vita casalinga e metodica.

In tutti vi è una ingenua bonomia, con semplicismo eccessivo, una naturale pigrizia mentale, per la quale non riescono a farsi un concetto

(1) *Pasquale Penta* — Delinquenti e delitti primitivi. Rivista mensile di Psichiatria forense. Anno 1901 Pag. 224.
(2) *Tylor* — La civilisation primitive. Paris 1876 etc.

esatto e sicuro del modo come vivono, dei sentimenti che li animano, delle opere che compiono; in loro non esiste, e non è neppure abbozzato un giudizio critico, ma si mostrano facilmente adattabili, e pieni d' ingenua credulità. Si rassegnano quasi fatalmente alle dure evenienze della vita, agli stimoli più dolorosi e pungenti, che ne stancano e ne isteriliscono l'attività, rendendoli torpidi e indifferenti. Le facoltà immaginative, per quanto abitualmente si creda il contrario, si muovono in un' area angusta e sono assai limitate nelle nostre classi popolari, com'è facile osservare nei discorsi così monotoni ed uniformi pel contenuto, malamente assimilato e peggio elaborato; la loro ignoranza forma una barriera impenetrabile, non attraversata da alcun soffio di vita, sulla quale speculano pigri ed egoisti proprietarii, senza che il contadino se ne avveda. Talvolta, a periodi, stretti al muro da vessazioni enormi ed ingiuste, fanno sentire il ruggito leonino con gigantesche crollate di spalle, con le quali tentano liberarsi di pesi insopportabili (Province di Bari, Foggia); ma come ancora non sanno recidere la mano che strozza la gola, torna inesorabile la stretta, e ricadono sotto il peso fatto più grave. È il fattore economico dunque che determina la inferiorità morale e civile di questi strati sociali, (1) come i caratteri degenerativi antropologici (antropologici, dico, e non di razza) sono dovuti esclusivamente alla denutrizione secolare, a stratificazioni sovrapposte di generazione in generazione, culminanti nella miseria fisiologica.

Io non m' indugerò più oltre, a mostrare in quali condizioni di vita materiale ed intellettuale, vivano in patria i nostri contadini emigrati per lontane regioni; ho voluto solamente tratteggiare qualche caratteristica più saliente di essi; come pure non mi addentrerò nello studio delle cause del fenomeno migratorio; sia esso dovuto ad una legge di saturazione proletaria, o sia dovuto a cause psicologiche, derivi tale fenomeno dall' indole delle popolazioni medesime, o dalle condizioni economiche nelle quali esse si trovano, tutto ciò varca i limiti del presente studio, che si propone ben altro scopo. Solo accenno qui, di passaggio, che le nostre correnti migratorie, che rappresentano uno spostamento di popolazioni pacifico, fatto con gli

(1) La inferiorità morale e civile è comune alle classi povere del Sud come a quelle del Nord — Basterebbe a dimostrarlo le inchieste fatte da Paola Lombroso e Mario Carrara col bel libro: " Nella penombra della civiltà „ — Bocca, 1907.

strumenti del lavoro, sono in maggior parte assorbite da popoli a cultura superiore, e come ho già detto sono formate in prevalenza di maschi fra i 19 ed i 55 anni, celibi, mentre buona parte dei coniugati lascia in patria moglie e figli. In quanto al mestiere, sono, nella gran maggioranza contadini, di cui un buon numero di lavoratori, così detti, a giornata, e non scarseggianno i piccoli proprietarî ed i fittavoli; lo che significa che la grande pressione tributaria non è la causa ultima di tale esodo.

*
* *

Il sistema nervoso (la parte più complicata e più altamente sviluppata del nostro organismo) anteriormente abituato ed adattato a determinati stimoli sensoriali, non sempre risponde adeguatamente agli attributi di questi stimoli; vi sono variazioni non solamente individuali, ma negli stessi individui tali variazioni sono differenti nel tempo e nello spazio. Vi contribuiscono specialmente le tendenze biologiche naturali ed acquisite in ciascun individuo, le quali hanno stabilite linee di maggiore o minore resistenza all'azione dell'ambiente sociale, cosicchè l'attitudine del sistema nervoso alle scariche delle relative funzioni specifiche è determinata, direi quasi incanalata in una certa direzione, formante come il terreno sul quale scorre il corso dei processi mentali.

I nuovi stimoli esterni, intensi e continui, tendono a sopraffare i peculiari modi di reazione di questi individui, la loro personalità, il loro carattere; rompendo la legge biologica per cui ciascuno di noi non rappresenta solamente la somma di azioni esterne accumulate e sovrapposte, ma ha altresì la propria, innata tendenza di evoluzione e la sua propria forma; ciascun individuo insomma è una personalità con le sue particolari energie che la caratterizzano. Con la emigrazione, queste masse non differenziate, nelle quali le tendenze innate ed acquisite, (cioè il terreno di ricettività degli stimoli che è poi la coscienza individuale,) sono uniformi, s'innestano a popoli evoluti, nei quali col crescere della civiltà è aumentata la tensione psichica tra il bisogno e la soddisfazione di esso, tra il desiderio ed il godimento, ed è aumentata anche la cosidetta memoria economica e la previsione economica, che è, in sostanza, istinto di conservazione della vita, evoluto ed intellettualizzato, divenuto cioè coscienza e volontà economica. Passano a vivere in mezzo a popoli, cioè, ad alta tensione psichica, per l'enorme sviluppo delle industrie, le quali, regolate così come sono

oggi, han trasformato e tendono a trasformaro sempre più, non solo gli antiquati legami interumani, ma trasformano altresì i nostri concetti morali e giuridici, allargando immensamente i limiti della nostra attività emotiva ed intellettuale.

Io paragono questa nuova e rapida orientazione dell'attività psichica dell'emigrato, la nuova direzione a cui è volto il corso dei suoi pensieri, a quello che rappresentano per i popoli le grandi rivoluzioni sociali, cioè la dissociazione dello stato psichico collettivo fino allora esistente. Ai nuovi motivi, agli stimoli più energici, alle tendenze varie e discordi resistono i meglio dotati, i quali adeguatamente rispondono, pur essendo costretti a rapidamente variare la estrinsecazione del proprio carattere; mentre altri, di fronte all'energia ed al frequente variare degli stimoli, piegano e cadono. Con altre parole si viene a stabilire, con la emigrazione in paesi a civiltà avanzata, la dissoluzione dello stato psico-sociale nel quale era fin allora vissuto l'emigrato; la monade isolata forma nuovi e più intimi rapporti sociali, stabilisce nuovi contenuti della coscienza, per le nuove impressioni esercitate dall'ambiente esterno, dove intelligenza e sentimenti si estendono entro orizzonti più vasti. Nei quali, e l'aumento della popolazione, il continuo sviluppo delle condizioni economiche, il complicarsi dei rapporti sociali, il tenore di vita elevato, imprimono nuovi eccitamenti, che operano inevitabilmente sulla personalità di ciascuno. Un nuovo periodo evolutivo, una nuova fase di civiltà, che modifica l'individuo, s'inizia a mano a mano, che ha le sue solide radici nell'ambiente sociale; questo stabilisce in ciascuno nuovi *contenuti* della coscienza, elevando le manifestazioni della vita intellettuale e sociale dei nuovi arrivati, i quali con l'accumularsi delle esperienze ed elaborandole, concepiscono le cose e gli avvenimenti da un punto di vista nuovo, poi che han conosciuto l'insufficienza dell'antico. La crisi più o meno violenta e duratura della coscienza, lo skok psichico e mentale si dilegua lentamente, ed i meglio conformati si vanno adattando al nuovo complesso d'impressioni e di sentimenti; e da questo lento adattamento appunto sorge la nuova *dominante* psichica, la direzione nuova delle energie individuali operanti nell'ambiente mutato. Così, da una fase arretrata di abbiezione e di disprezzo, l'emigrato si trova, senza fare passaggi intermedii, a vivere una vita più dignitosa ed elevata, nella quale nuovi orizzonti sconosciuti ed incompresi si spalancano. Sebbene si sottoponga a lavori faticosi, si assoggetti ad un genere di vita nuova e pieno di pericoli, tuttavia lentamente s'ini-

ziano i bisogni della vita intellettuale, a misura che l'emancipazione economica si delinea e si rende più stabile, ed il tenore di vita materiale si eleva. E. SCHULTZE nello studio: *Gl' Itatiani negli Stati Uniti* (1) rileva precisamente che « essi si occupano in qualsiasi di quei lavori faticosi od altrimenti penosi, che gli operai americani non si piegano a compiere; essi vivono a piccoli gruppi, e per quanto temperati, tuttavia il buon mercato l'induce a fare largo consumo di carni e di alcool; per l'abitazione hanno pretese assai modeste e vivono in enormi casamenti, detti *little Italies*, che però tengono con molta cura. » La inferiorità intellettuale li spinge assai presto ad educarsi e ad istruirsi frequentando le scuole, osservando, assimilando usi e costumi, scrostando lentamente le vecchie abitudini; lo prova la relativa rapidità con la quale imparano a scrivere ed a leggere, e più l'assimilazione di molte parole straniere occorrenti loro, nella vita di ogni giorno; lo prova altresì l'incitamento continuo che dànno ai figli, lasciati in patria, di frequentare le scuole, mentre essi stessi vi accorrono colà in gran numero. O. P. AUSTIN, (2) rileva precisamente che gl' immigrati che vanno a scuola raggiungono il 71 °|₀, superando la percentuale degli indigeni bianchi che è del 65 °|₀. Sono spinti dunque, per necessità di cose, verso l'aria, la luce, la nutrizione; verso la vita cioè, la quale, come dice DARWIN, non ha peggior nemico della vita stessa; quivi la lotta è particolarmente intensa, spinta fra le disillusioni, le preoccupazioni economiche, l'incertezza del domani in un paese sconosciuto, ma che, per l'aumentato sentimento di socialità, essa non si esplica con la distruzione positiva degli esseri, sibbene con la rapida eliminazione di quelli meno atti, dei peggio conformati, sui quali maggiormente agiscono i multiformi stimoli, che l'ambiente incessantemente appresta. Ma quali sono questi stimoli ed in che misura agiscono?

Certo a volerli ricercare e studiare tutti, occorrerebbe non l'opera di uno solo, ma il lavoro di molti; tuttavia, limitando le indagini, cercherò di studiare quei fattori, che maggiormente, secondo me, contribuiscono a fiaccare l'individuo, eliminandolo dalla lotta.

Uno dei fattori più gravi è *l'urbanismo*. La vita di una vasta metropoli, le condizioni economiche e sociali di un grande centro, lo

---

(1) E. *Schultze* — Zeischrift für Socialwissenschaft — Ottobre 1906.

(2) *O. P. Austin* — Articolo in North American Review.

sviluppo delle grandi industrie, salarí maggiori, le istituzioni filantropiche e sociali che vengono in aiuto dei poveri, i facili godimenti, lo splendore ed il fasto che abbaglia, il telegrafo, la stampa che decanta le meraviglie della città, tacendo i lati oscuri e tenebrosi della vita cittadina, i facili mezzi di trasporto, l'aumentato valore sociale della moneta, tutto ciò divora più o meno rapidamente gl'individui, specialmente i più deboli. Essi vanno incontro ad una nuova tirannia, in un ambiente dove vi è esuberanza di vita, e dove i primi segni di decadenza, dipendente dalla soverchia agiatezza, sono già visibili; dove alla pazienza di un'attività continua, all'energia di un lavoro metodico, è sostituita la frenesia dell'azzardo, ed una passione della rapida fortuna (ctesomania). Ivi si utilizzano tutte le risorse, si cerca di produrre il più che si possa; lo spirito d'iniziativa e d'intraprendenza, l'attività rinnovatrice, l'affarismo morboso, la speculazione senza alcuna preoccupazione, e che degenera nel lusso sfrenato, nella ricerca insistente del godimento e del piacere, nella immoralità esplicata con mezzi fraudolenti, fanno della vita un continuo giuoco di azzardo, dove non mancano intrighi, truffe, e ladronerie d'ogni genere. Il desiderio smodato dell'oro, la smania di arrivare, l'ambizione e l'ammirazione del successo, esercitano un'azione deleteria, una degenerazione morale non solo nelle classi superiori e dirigenti, ma produce guasti profondi in tutte le classi sociali, e costituisce la tirannia della ricchezza corrotta e corruttrice.

E accanto alla corsa sfrenata verso la ricchezza, vi è la corsa sfrenata verso il piacere, e quindi l'immoralità sessuale; questa si esplica nei modi più ributtanti, tollerata e protetta dalla pulizia, la quale pare, sia colà al di sopra della legge (1). Così vicino alla grandezza vi è la corruzione, accanto ai beni i mali profondi; ed in quest'ambiente appunto, i nostri emigranti già adulti, cioè a carattere già formato e consolidato, trasportano la mentalità ed i sentimenti infantili; per necessità di adattamento devono assai rapidamente *americanizzarsi* nella lingua, nei costumi, nei sentimenti, cercando di elevarsi e di vivere.

In tanta intensità di vita, non solo le vittime si moltiplicano, ma aumenta altresì la necessità di sgombrare il terreno dai caduti e da quelli, che, nella incessante operosità, accennano a cadere; l'ostacolo

(1) Quale concetto si abbia in America della moralità sessuale, risulta appena dalle belle pagine dedicatevi dal COLAIANNI nel poderoso libro: "Italiani ed Anglo-Sassoni".

anche minimo dev' essere rapidamente eliminato, e tutto ciò che è ingombro inutile deve sparire nell'ascensione faticosa. Ecco perchè gl'italiani confinati nelle pubbliche istituzioni degli Stati Uniti, crescono a dismisura, ed il fenomeno si ripercuote anche e specialmente nell'Italia meridionale; solamente nel 1904 i ricoverati in queste pubbliche istituzioni arrivavano alla enorme cifra di 3266, di cui 1218 nelle carceri, 733 nei manicomii, 1215 nelle case dei poveri (1), ed è certo che tale cifra si va elevando con gli anni.

L'*urbanismo* dunque dimostra all'evidenza, non solo il fatale movimento delle popolazioni agricole verso la città, ma altresì i pericoli che stabilisce la rapida trasformazione dei soggetti vissuti nelle campagne, e presi dall' ingranaggio rumoroso e astenizzante dell' industrialismo; è il fattore più energico, che stabilendo nuove condizioni e forme di vita sociale determina la selezione di alcuni tipi, ed il rafforzamento di altri, per l'azione di agenti diversi.

Né è solo l' urbanismo, ma altresì, le nuove condizioni di lavoro, contribuiscono fortemente a fiaccare l'organismo mentale dei notri emigrati, i quali, in un ambiente a civiltà tanto evoluta, sono sottoposti, ad un genere nuovo di lavoro, a fatiche durissime e lunghe per le quali non solo il muscolo si stanca, ma anche il cervello.

Giacchè la vecchia distinzione fra il lavoro corporale e quello psichico, non è oggimai ritenuta così profonda, come un tempo fu creduta; certo è noto che qualsiasi attività dell' organismo ha luogo con e per la cooperazione del cervello, dal quale parte sempre l' impulso al movimento; è precisamente il cervello che regola tutti i movimenti a seconda della loro qualità ed intensità. Il processo psicologico dell' attenzione, la quale è richiesta più o meno in ogni lavoro, ha sede nel cervello, è il risultato « dell'attività di tutte le zone sensoriali della corteccia » (2), si svolge in questa: ond' è che in qualsiasi attività corporale, per quanto meccanica essa possa sembrare, non si stanca solamente il muscolo ma anche il cervello. Ciò è dimostrato dal fatto che l' individuo esaurito fisicamente non è atto al lavoro mentale ed ha bisogno di riposo; così come riesce a stancare il fisico, il puro lavoro intellettuale, giacchè quella che noi chiamiamo tensione della volontà (l' attenzione volitiva), la quale, per essere come dice il Bianchi, (3)

(1) Dal Giornale: l' Italia di S. Francisco 19 - 12 1904.
(2 e 3) *Bianchi* — Trattato di Psichiatria — Pag. 165.

« intimamente connessa con la funzione delle sintesi intellettuali e sentimentali che motivano forti stati di coscienza, » è un consumo di forza. Ma vi è ancora un altro fatto che non va dimenticato, in questa rapida analisi psicologica del lavoro.

Si può affermare che nelle Americhe, molto prima che da noi, il lavoro è completamente mutato in quasi tutta la sfera dell'attività umana; se non è aumentato dal punto di vista quantitativo, per la enorme maggioranza dei lavoratori, e se esso il più delle volte si compie in condizioni igieniche migliori e più favorevoli, è certo che un nuovo fattore psicologico interviene nella esplicazione delle energie individuali, e cioè la fretta maggiore con la quale si lavora, l'aumentato sentimento di responsabilità, e l'incertezza immanente del domani. Va altresì notato che nelle officine industriali, col lavoro si accoppia una intensa emozione, per le repentine crisi, per le scosse formidabili dei grandi mercati, onde le continue preoccupazioni economiche, le disillusioni facili, il dolore per torti immaginarî o reali ecc., basterebbe l'esempio recentissimo di disastri economici che imperversarono nell' America del Nord, gettando improvvisamente nella miseria, migliaia di lavoratori, e l'arresto, avvenuto per contraccolpo, della nostra emigrazione.

A causa dell'analfabetismo, e più per la loro povertà e pel tenore di vita molto basso, i nostri emigranti sono adibiti ai lavori più umili e faticosi (lavoro vile d'Europa); si nutrono male, spesso solamente del puro necessario per non morire di fame, e vengono considerati come vere macchine dalle quali bisogna trarre il massimo profitto col minimo di spese. D'altra parte, il contatto con popoli più ricchi, che rende più viva e stridente la distanza ed acuisce il penoso malessere derivante dalla miseria, ed anche il desiderio di redimere sè e le proprie famiglie economicamente, li spinge a privazioni d'ogni genere; viene, perciò, eliminata la possibilità (almeno nel primo periodo della loro permanenza) di compensare in qualsiasi modo l'esaurimento psico - organico, che dalle nuove condizioni di vita e di lavoro è reso invece più grave.

Cap. 2.°

Gli antropologi, e specialmente il Woltmann ed il Ripley, trovano un certo rapporto tra la emigrazione ed il vagabondaggio; ed in questo stesso giornale, il caro collega Dott. Fronda, in una breve nota

preventiva su « la pazzia degli emigranti » (1) emetteva l'ipotesi che parecchi degli emigranti fossero dei vagabondi. Il Dott. R. FRONDA si esprimeva precisamente così: « In quanto a me confesso che molti in-
« dividui, i quali, spesso senza un reale bisogno, abbandonano la pro-
« pria patria, con la speranza di viver meglio altrove, rompendo in
« una volta tutti i vincoli che li legano a questa, ai parenti, agli amici,
« alle vecchie abitudini, mi sembrano dei malati come i vagabondi, i
« quali vogliano esplorare un nuovo ambiente per cercarvi una fortuna,
« cui lascia loro intravedere lo stato morboso della mente. » Per l'egregio collega dunque, il largo diffondersi delle malattie mentali fra gli emigrati, sarebbe, più che ad altro, dovuto alla preesistente facile vulnerabilità dell'organismo mentale individuale, stabilita dalla degenerazione, che in alcuni si manifestarebbe già solo pel fatto della emigrazione. Che il vagabondaggio sia il risultato di condizioni economiche disastrose, più che il prodotto della degenerazione bio-psichica culminante nell'individuo, lo han dimostrato, con larga copia di argomenti e di fatti FLORIAN e CAVAGLIERI nel loro bel libro: I Vagabondi; intanto, pur tenendo presente il tempo in cui la nota del Dott. FRONDA veniva pubblicata, e cioè quando il fenomeno migratorio non ancora investiva masse d'individui ed intere regioni, io credo non si possa pensare ad una fattore come la degenerazione nè per la diffusione delle correnti migratorie, nè per l'insorgere di malattie mentali fra gli emigrati.

Riconducendo il concetto di « degenerazione » al significato che MOREL le ha veramente assegnato, e che il MORSELLI ha tanto opportunamente, in questi tempi ribadito, differenziandola dal concetto di ereditarietà morbosa, noi non possiamo invocare la degenerazione negli emigrati come quella che determinerebbe il fenomeno migratorio o quanto meno, lo renderebbe più diffusibile. Quale segno infatti di anomalia degenerativa biopatica o patologica, può riscontrarsi in individui, necessitati a spezzare ogni vincolo che li lega alla terra natia, per sollevarsi dalla miseria cronica che li uccide lentamente? E se anche si riscontrassero in ciascun ammalato questi segni degenerativi, queste anomalie, in che modo noi potremmo stabilire un rapporto di causalità tra la emigrazione, i consecutivi disturbi mentali e le anomalie stesse?

(1) *Fronda* — La pazzia degli emigranti — Manicomio Anno 1891.

Certo fra gli emigrati non è difficile ritrovare individui a carattere anomalo, instabili nella condotta sociale, intolleranti di un lavoro continuo e metodico, ma essi rappresentano, per fortuna, un piccolissimo numero nella gran massa, e dànno un contributo assai modesto allo sviluppo di malattie mentali, almeno come risulta dalle mie indagini; ecco perchè, pur non consentendo nelle idee espresse dal Dottor FRONDA, io non credo di doverle rigettare senza un corredo di ricerche accurate, o col negarle senza discussione; anche pel fatto che lo studio psicologico dell' emigrante, e dell' emigrato fino a che non si adatti al nuovo ambiente o da questo venga eliminato, aspetta ancora chi se ne occupi con dati di fatto positivi.

Detto questo, io ritengo che il fattore economico, il contagio psichico e quella, che il DUMONT chiama « capillarità sociale » rappresentino i precipui fattori del movimento migratorio.

Nè vi contribuisce maggiormente la razza.

Il COLAIANNI (1) ha luminosamente dimostrato che gl' Italiani, ed i meridionali in ispecie, non hanno il privilegio esclusivo della emigrazione, e come questa non possa attribuirsi ad un peculiare carattere etnico, essendo anzi diffusissima tra i popoli del Nord.

Nessun popolo infatti, con maggior facilità, emigra come gli Anglo-Sassoni, fra i quali se la emigrazione, da qualche tempo è diminuita, ciò è dovuto al fatto del largo diffondersi dell' industria, la quale assorbe la maggior parte delle popolazioni di campagna. Nell'Italia meridionale, invece, il movimento industriale è appena all' inizio e quindi il grado d' istruzione delle masse è minore; su di esse può moltissimo perciò la imitazione, che nelle crisi agrarie, acuisce il desiderio di cercar fortuna, migliorando le condizioni di esistenza, stimolate a ciò fare anche dalle notizie vere o fantastiche pervenute di oltre oceano.

Nè il fattore etnico costituisce un elemento sicuro ed indiscutibile nella ricerca delle cause che preparano l' insorgere delle malattie mentali; è certo che, ancora oggi, la etnopsicopatologia rappresenta solamente un' aspirazione, per i risultati assai vaghi ed oscillanti, ai qual perviene. E pur ammettendo col DEL GRECO (2) che il « temperamento « meridionale non sia che *una variazione di quello medio italiano*

(1) *Colaianni* — Opera citata.

(2) *Del Greco* — Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel mezzogiorno d'Italia — Annali di di Nevrologia. 1895.

« in quanto presenterebbe *peculiari modificazioni nel modo di espli-* « *carsi delle energie nervose* » io non vedo per quale via le origini etniche possono predisporre a forme di malattie mentali, differenziabili per i loro caratteri clinici da quelle che si riscontano in altri popoli, od anche tra i ricoverati nei manicomî del Settentrione d'Italia. Soggiungo, inoltre, che se è vero, come il Prof. Bianchi ha osservato, che nell'Italia meridionale siano più facilmente riscontrabili le psicosi da esaurimento, è anche vero che il tenore di vita dei nostri contadini é assai al disotto di quello che si può osservare tra i contadini del Nord; io ho potuto osservare da vicino, nei due anni che fui medico al Manicomio di Racconigi, questa differenza veramente enorme. Certo non è qui il caso di indagare le cause di tale differenza, essa vi è ed è profonda; e costituisce, a mio credere, il terreno più favorevole per lo sviluppo delle psicopatie cosidette da esaurimento, che con frequenza si osservano da noi.

D'altra parte un'altra ragione, che qui è utile ricordare, mi fa escludere la possibilita che l'elemento etnico contribuisca o prepari il terreno alle malattie mentali. Si può oggi, infatti, parlare della esistenza di razze pure?

Con tutte le emigrazioni dei periodi storici, col lavorio di penetrazione più o meno pacifica di popoli e di razze, con la mistione continua di elementi diversi, per quanto limitata da cause geografiche, politiche, ecc.; la comunità del plasma, come dice il Lapouge, finisce per stabilirsi in tutta una massa. E v'è di più: se conosciamo p. es. che alcune malattie mentali e le neuropatie in genere, colpiscono a preferenza gli asiatici, se sappiamo che nel Giappone esiste una fatale disposizione all'isteria ed alla neurastenia, fra gli abissini il cosidetto *latirismo* e l'alcoolismo cronico, se fra gli ebrei sono facili le psicopatie da esaurimento, ed in Russia si riscontrano con frequenza le fobie ossessive, (1) dobbiamo noi mettere tutto ciò in conto della razza e non piuttosto del grado di civiltà di alcuni popoli, della miseria, del regime di vita, dell'alimentazione ecc.; tutte cause che agiscono in modo stabile e duraturo sull'organismo individuale e nella collettività? E se pur si voglia ammettere il contributo del fattore etnico nelle malattie mentali, quale è il peculiare elemento differenziale percepibile da noi,

(1) *Bela Reves — Rassen und Geistesprankeiten - Archiv für Anthropologie — 1907 Vol. 1, fasc. 2 - 3.*

nello studio dei sintomi delle malattie stesse, sicchè certa e sicura ne possa risultare l'azione sua?

Sono queste le ragioni ed i dubbii per i quali io non mi sento di poter dare valore all'elemento etnico, come quello che spiegar dovrebbe sia il maggior contributo dei meridionali al movimento migratorio, sia anche la diffusibilità delle malattie mentali stesse, fra gli emigrati delle nostre provincie. Dette, così in breve, le ragioni perchè la degenerazione, in quanto rappresenta, nei processi funzionali, alterazioni stabili e definite dovute ad un tipo fisiologico inferiore od a malattia della stirpe, non possa essere invocata come causa efficiente del fenomeno che studio; ed escluso altresì l'elemento etnico come causa diretta o non della emigrazione e delle malattie mentali degli emigrati, ammesso inoltre che il fenomeno migratorio sia dovuto solamente alle ragioni studiate in precedenza, io mi soffermo allo studio di tre fattori che, a mio credere, dànno il contributo maggiore ai fenomeni mentali morbosi fra gli emigrati, e cioè: *alcoolismo, sifilide, lavoro.*

La ricerca delle cause di un morbo, non è nè facile nè sicura; l'azione contemporaneamente esercitata da queste cause, siano esogene od endogene, sull'organismo umano è così varia e multiforme per qualità e quantità che, nel groviglio intricato ed oscuro, l'indagine finisce il più delle volte per ismarrirsi. Tuttavia, poichè questo studio riguarda tanta parte di nostra gente, e si propone di porre a nudo uno dei mali derivanti dalla emigrazione, necessario è fermarsi all'indagine di quelli tra gli elementi patogenetici delle malattie mentali, che per essere forniti dall'ambiente, inducono nell'organismo mentale una condizione d'invalidità, di poca resistenza, di facile esauribilità, sicchè all'urto di stimoli facilmente decade od ammala.

L'*alcool* ha indubbiamente una influenza profondamente nociva sul sistema nervoso, ed alcune psicosi e neuropatie sono in diretto rapporto con l'azione venefica dell'alcool, il quale, com'è noto, somministrato ad una certa dose cessa di essere un alimento di risparmio per divenire un tossico, che minaccia la vita dell'individuo e della prole; anche perchè la infinita serie dei liquori, che insidiano l'integrità dell'individuo, contiene qualità e quantità diverse di alcool, di droghe e di essenze, necessarie queste a dare il profumo.

Io non starò qui a ripetere come tutti gli organi possono subire l'azione nociva dell'alcool; da quella che essa esercita sul sangue (Ispessimento, deformazione dei globuli, anemia, iperemia, scorbuto

dei bevitori) all'apparato digerente (Dispepsia, gastralgie, gastrite ipertrofica, enteriti, infiammazioni intestinali, epatite, cirrosi, atrofia acuta del fegato, degenerazione grassa ecc.); dall'influenza sul sistema circolatorio (ipertrofia cardiaca, pericardite, miocardite grassosa, dilatazione dei capillari, artero-sclerosi, emorragie) ed apparecchio uro-genitale (nefrite, morbo di Bright, malattie della vescica e dell'uretra, infiammazioni catarrali) a quella più vasta e grave esercitata sul sistema nervoso centrale e periferico (congestioni, apoplessie, pachimeningite, mielite, paralisi progressiva, epilessia, nevriti, delinquenza) tutto l'organismo è soggetto ad ammalare od altrimenti a cadere in degenerazione sotto lo stimolo corrosivo e demolitore dell'alcool. Da uno studio statistico pubblicato dallo Zerboglio, (1) risulta come il maggior contributo all'alcoolismo cronico, e quindi il numero maggiore di vittime, sia dato dagli agricoltori, pastori, carrettieri, commercianti, facchini, braccianti, giornalieri, i quali purtroppo costituiscono, come si è visto, il grosso della popolazione emigrante. Nelle Americhe, per quanto ancora scarsi siano i ragguagli sull'alcoolismo, è certo che é continuo il lamento degli scrittori e statisti sulla estensione di tale piaga, dovuta non solo al continuo abuso di alcool, che é ricercato con violenta passione, ma anche del vino e della birra, (2) il cui consumo è eccessivo nei distretti industriali. É noto come l'alcoolismo sia in rispondenza delle alte agglomerazioni operaie: in Francia, in Germania, in Inghilterra, nel Biellese così fitto di operai, in genere nelle popolose e sterminate metropoli, nelle officine dove gli uomini sono pigiati ed il lavoro è intenso, ivi l'intemperanza per l'alcool infesta maggiormente. E tale intemperanza è dovuta non solo alla miseria grande dei nostri operai, ma più a quella che i sociologi chiamano: la internazionalizzazione dei costumi. Infatti p. es., nella Basilicata, nelle Calabrie, nella Sicilia, nell'Italia meridionale in generale, la temperanza dei nostri contadini è stata, fino a poco tempo fa, proverbiale. Per quanto la popolazione sia, in alcuni paesi, poverissima, tuttavia essa non era dedita all'alcool, l'abuso del quale si diffonde gradatamente in mezzo a noi, appunto a causa del gran mescolarsi e delle facili comunicazioni dei popoli fra di loro, della emigrazione specialmente di elementi, che con

---

(1) *Adolfo Zerboglio* — L'alcoolismo — Studio sociologico-giuridico — Frat. Bocca.

(2) *Anche la birra secondo le esperienze di Buchner, Chittenden e Mendel, Keung Hueppe disturba e rallenta la digestione.*

gran facilità assimilano le abitudini di altre genti, per la naturale tendenza all' imitazione.

Oltre a ciò, alla miseria pure si riconnette la cattiva manipolazione dell' alcool, la quale colpisce speciamente i poveri, obbligati a bevande poco costose e quindi fatturate, le quali manifestano la loro azione nociva su individui obbligati a nutrirsi scarsamente; e l' alcool com' è notc, è anche un alimento di risparmio, almeno come ritengono alcuni fisiologi come il Mosso, (1) e più recentemente il BENEDIKT ed il ROSEMANN. Secondo le esperienze di questi ultimi pare che l'alcool, in primo tempo, non agisca come un alimento di risparmio delle sostanze azotate, ma con l' abituarsi dell' organismo agli alcoolici, essi agirebbero come gl' idrati di carbonio, i grassi, risparmiando cioè le sostanze azotate, e sarebbe perciò un alimento.

Ben più grave sarebbe però l' azione dell' alcool sulle funzioni psichiche. Il Prof. BIANCHI, in una sua prolusione (2), ricordando le ricerche di KRAEPELIN e di ACHAFFENBURG, ritiene che l' alcool eserciti un' azione nociva sul lavoro mentale, sulle associazioni mentali e sulle forze muscolari, stabilendo una influenza degenerativa non solo sull' individuo, ma anche sulla famiglia e sulla razza, *per la paresi germinativa del nemasperma o dell' ovulo.*

Nell' Italia meridionale noi assistiamo con vero sgomento al diffondersi dell' alcoolismo e delle conseguenze dannose da esso prodotte; nel la gran maggioranza dei nostri ricoverati, possiamo rintracciare fra le cause etiologiche delle malattie mentali, l' alcoolismo cronico, che attacca più facilmente il sistema nervoso centrale e periferico. A tale diffusione porta un contributo notevole l' emigrazione, sia perchè nell' emigrato si esagera la depressione psichica prodotta dalle circostanze ambientali, sia perchè, sottoposto com'è, a lavori faticosi, lunghi, esaurienti, specie nelle miniere, egli ricorre all' alcool, per riceverne un momentaneo benessere nella persistente deficienza del nutrimento.

Nè meno grave è la diffusione del contagio sifilitico tra i nostri emigrati. Io non dirò qui della influenza patogenetica che può avere la sifilide sulla paralisi progressiva, che, nei Manicomi meridionali, si riscontra oramai con spaventevole frequenza. Sia tale malattia dovuta alla sifilide, od alle tossine secondarie di questa (parasifilide di STRÜM-

(1) *Mosso* — Gli effetti fisiologici del vino.
(2) *Bianchi* — Riportata: in Annali di Nevrologia — Anno 1906 —

PELL) all'alcoolismo, al trauma morale o fisico, all'ereditarietà, agli abusi venerei ecc.; non posso in questo lavoro fermarmici di proposito.

É notevole però il fatto che, fra gli emigrati essa è diffusa molto e presenta un decorso rapidissimo, come già fin dal 1891 avea osservato il ROSCIOLI (1); in 87 ammalati, da me raccolti, pel presente studio, ben 19 sono stati ricoverati, perchè affetti da demenza paralitica. Di questi 10 hanno nella loro anamnesi il contagio sifilitico accertato, e per i quali si è dovuto escludere l'alcoolismo ed il fattore ereditario; per 6 l'alcoolismo è combinato all'ereditarietà, e non si poterono assodare tracce di sifilide pregressa; negli altri tre poi alcoolismo e sifilide hanno insieme agito nell'azione corrosiva della personalità.

Io voglio però qui dire (ed illustrerò più diffusamente questo concetto in altro mio lavoro) che nella paralisi progressiva dipendente esclusivamente da intossicazione alcoolica, i fenomeni psichici della malattia sono imponenti e ne dominano tutto il quadro fenomenico; mentre i sintomi somatici sono appena annunziati o mancano del tutto; e divengono appariscenti più tardi, cioè nella fase avanzata della malattia stessa.

Indubbiamente sifilizzazione, alcoolismo e civiltà, in quanto questa riesce a stabilire nuovi rapporti interumani, nuovi godimenti e tenore di vita più elevato da una parte, mentre dall'altra implica maggior lavoro, maggior coscienza della propria responsabilità, con stati emotivi intensi e frequenti, con la incertezza preoccupante della vita giornaliera, riescono in tempo più o meno breve, ad irritare tutto il sistema nervoso, a stabilirvi un processo degenerativo abbattendone come dimostra il BIANCHI, (2) *l'energia nutritiva: ne turbano l'orientazione biochimica e favoriscono la vittoria finale degli elementi connettivali.*

L' infezione luetica, fino a poco tempo fa, non era gran che diffusa fra i contadini delle nostre provincie, i quali non conoscevano ancora le insidie allettatrici delle grandi città. In queste, ed attraverso l' incessante ed intenso movimento di ogni giorno, nel quale si sperdono o s' illanguidiscono il vincolo della famiglia e la patriarcale bonomia, sono abbondanti purtroppo gli stimoli provocatori, ai quali cede l'emi-

(1) *Roscioli* — La paralisi progressiva nell' Italia meridionale — Manicomio 1891.

(2) *Bianchi* — Genesi e nosografia della Paralisi Progressiva — Annali di Nevrologia, Anno 1902 —

grato. E, nell'esaurimento del sistema nervoso prodotto da tante altre cause, la sifilide trova il terreno più favorevole e adatto a svolgere la sua perniciosa influenza, sicchè in tempo più o meno breve la cellula nervosa degenera. La diffusione della paralisi progressiva nell'Italia Meridionale è dovuta, per non piccola parte, alla emigrazione; lo dimostra il fatto che essa è più frequente fra i ricoverati di quelle provincie, che a causa dell' emigrazione, subiscono una più notevole selezione d' individui, come potrò dimostrare da qui a poco.

E viene terzo, lentamente e occultamente insidioso, il lavoro; la fonte perenne di esaurimento fisico e psichico dei nostri emigranti.

In un argomento, come questo del quale mi occupo, e dove nello studio di ogni ammalato proveniente d'oltre oceano, culminano le note di decadenza psico-organica prodotta direttamente dal lavoro, l' indagine tecnopatica, quantunque affrettata, non può essere omessa. È solo da poco tempo, con la lenta cioè e faticosa ascesa delle classi lavoratrici reclamanti la bonifica dell' ambiente, nel quale il lavoro si svolge ed il risanamento dell'uomo lavoratore, che si va delineando la nuova orientazione nell' opera del Medico. Mentre quest' opera, fino a poco tempo fa come oggi, nella cura del morbo trovava il fine a sè stessa, più vasti orizzonti le si dischiudono per le malattie professionali (tecnopatologia) che al lavoro, alla natura di esso, all'ambiente sono intimamente collegati; sicché egregiamente potè dire il DEVOTO: (1) *nella clinica del lavoro, la storia è del pari esponente di potere medico, ma è in più un documento scientifico sociale, ha valore igienico ed industriale, e quasi assume figura di pubblico documento.* Nè basta. È opera del Medico, che quella del sociologo integra e completa, l' aver fornita l'ossatura alla legislazione che protegge l' operaio oggi nell' ambiente nel quale lavora, e nei metodi di lavorazione; il che vuol dire depurazione di quanto può essere eliminato dalle industrie.

Noi conosciamo che i nostri emigranti sono adibiti a lavori faticosi e lunghi (lavoro vile d' Europa) nella oscurità delle miniere, o nei fitti agglomeramenti industriali; vivono sotto l' influenza di vapori e polveri particolarmente nocivi, in un ambiente fatto di miserie fisiche e morali; e dànno, come si è già visto, un contingente notevole di

(1) Prolusione al corso delle: Malattie Professionali — 2 Aprile 1908.

morbilità, al quale la pazzia apporta un coefficiente non trascurabile. Non è fuor di posto ricordare qui, che il lavoro a lungo protratto od eccessivamente faticoso imprime ai tessuti un'attività metabolica straordinaria; al che, se si aggiunge la scarsa immissione di sostanze reintegrative, si va incontro ad uno stato di deficit o di affaticamento, che deteriora l'organismo; il quale è aggravato dal lento avvelenamento, ma fatale, prodotto non solamente dal consumo di poteri dinamogeni, ma altresi dall' accumolo nell' organismo di poteri desintegrativi; di qui la consecutiva malattia. Avviene, naturalmente, pel cervello, cioè per l' organo più delicato, lo stesso che si verifica per gli altri organi, essendo, come dimostra tra gli altri il Mosso, (1) una l' energia organica per i muscoli come per il cervello; che anzi le funzioni cerebrali e nervose sono più soggette a stancarsi pel fatto, che il lavoro dell'operaio negli opificii, così come oggi si esplica, non esige l'alternativo funzionamento delle varie zone del mantello cerebrale; e più, anche perchè, l'attenzione volontaria, che è meccanismo di limitazione, come dice il Mosso, all' azione degli stimoli esterni, occorrente all' operaio nelle industrie per la buona qualità e quantità di prodotti, è sopratutto consumo di energie, è affaticamento e stanchezza dell' organo.

L' operaio, appunto per la divisione del lavoro e pel continuo specializzarsi in esso, e quindi per la monotonia di esso, ha bisogno di continuamente inibirsi contro gli stimoli esterni, che le rumorose officine preparano, da che forse ne consegue la facile eccitabilità, i rapidi cambiamenti di umore, la depressione psichica, che sono da assegnarsi all'azione tossica della fatica. Ognuno vede, come sia davvero debilitante questa continua eccitazione, la quale affatica l' organo e lo debilita nei suoi elementi più delicati (cellule) alterando il metabolismo cellulare, donde la neurastenia, la paralisi progressiva ecc. — ; e se si tien conto del continuo strapazzo morale dell'operaio, fatto di passioni e di dolori, di preoccupanti incertezze, di facili disillusioni, s' intravede la trama sottile che prepara le neuropsicopatie, delle quali alcune assumono presto una forma grave e degenerativa.

(1) *Mosso*: La fatica pag. 251.

Cap. 3.°

I ricoverati nel nostro Manicomio, durante il triennio 1905 - 907, furono in numero di 1006, distribuiti per le diverse provincie nel numero indicato qui appresso:

Folli delle Provincie consorziate ricoverati dal 1° gennaio 1905 al 31 dicembre 1907.

Provincie	Ammessi dal 1° genn. al 31 dicem. 1905	Ammessi dal 1° genn. al 31 dicemb. 1906	Ammessi dal 1° genn. al 31 dicem. 1907	Totale
Avelino. . . U.	52	54	52	158
Bari . . . . »	64	64	88	216
Campobasso . »	39	44	36	119
Cosenza . . »	29	42	27	98
Foggia . . . »	38	49	55	142
Salerno . . . »	92	106	75	273
Totale	314	359	333	1006

Da queste cifre, comparate con quelle del triennio precedente, risulta un aumento totale di 163 ammalati ammessi, come rilevasi dalle cifre seguenti, (1) e che sono ufficiali:

1905 — U. 75
1906 — » 42
1907 — » 46
——
163

(1) Dalla statistica medica inviata dal Sig. Direttore al Presidente del Consorzio ed alle sei provincie consorziate.

Precisamente in questo triennio il numero dei ricoverati, che dimorarono in America, sale al numero di 87, come può rilevarsi dallo specchietto che segue:

Folli ricoverati nel triennio 1905 - 1907 e che furono in America, distribuiti per provincie.

Avellino	—	U.	22
Bari	—	»	9
Campobasso	—	»	20
Cosenza	—	»	17
Foggia	—	»	8
Salerno	—	»	11
		Totale	87

Ne risulta una percentuale che sale a 53, 30 °|₀ sull'aumento reale dei folli ricoverati nel triennio 1905 - 1907.

Basterebbero queste cifre, consacrate del resto in documenti ufficiali, per dimostrare quanta larga parte abbia l' emigrazione, nell' aumento reale degli ammalati di mente nel nostro Manicomio.

Ma la statistica non rivela solamente ciò — Ben altri e più gravi mali, fa osservare questo studio, dal quale risulta che alcune provincie dànno un contributo maggiore ad alcune forme di malattie mentali; risulta altresì che due delle sei province dànno un contributo minimo di immigrati ammalati di mente, mentre altre ne dànno un numero elevato.

Ma senza anticipare giudizii, io riporto senz' altro qui appresso, pochi cenni sul conto di ogni ammalato, e la diagnosi fatta per ciascuno di essi — Sono distribuiti per provincie.

PROVINCIA DI AVELLINO N. 22.

1. *Di Pal. Vinc.* — Ereditarietà negativa — Fu nell' America del nord due anni. Non ebbe lavoro stabile. Ha fatto colà abuso di alcool. Venne ricoverato in Manicomio dopo 3 mesi dal rimpatrio.

(Demenza presenile).

2. *Cuc. Antonio* — Ereditarietà negativa. Stette in America del Nord più di un anno. Si contagiò di sifilide e fece abuso di alcool. Ebbe lavoro stabile, occupandosi in un genere di lavoro molto pesante. Fu ricoverato

in Manicomio dopo 10 giorni dal suo arrivo in patria.

Paralisi progressiva.

3. *Car. Dan.* — Originaria anomalia del carattere. Stette in America del Nord 20 anni. Si contagiò di sifilide, per la quale malattia non praticò cure opportune e metodiche. Era occupato non meno di 10 ore al giorno in lavori esaurienti. Fu rimpatriato e ricoverato in Manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Paralisi progressiva).

4. *Gie. Anac.* — Ereditarietà negativa. Stette in America del Nord cinque anni. Fece abuso di alcool. Non è stato possibile rintracciarec ontagio sifilitico. Occupato a lavorar nelle miniere. Rimpatriò per le sue gravi condizioni di salute e fu immediatamente ricoverato in manicomio.

Paralisi progressiva,

5. *D' Acie. Rom.* — Ereditarietà positiva. La madre morì in Manic. Ha una sorella con scarso sviluppo mentale. Fu nell' America del Nord due anni. Fece abuso di alcool. Non ebbe lavoro stabile. Stette in casa appena 5 giorni e fu mandato in Manicomio.

Paralisi progressiva.

6. *Forg. Nic.* — Ereditarietà negativa. Fu in America un anno e poco più. Fece abuso di alcool. Cominciò a vedere nemici dovunque. Ebbe intensi disturbi sensoriali. Rimpatriando, e sul piroscafo che lo trasportava, commise un omicidio e due mancati omicidii in persona di individui, che egli credeva viaggiassero per ammazzarlo. Fu condotto al Manicomio di Nocera dopo che dall' accusa fu prosciolto.

Delirio persecutorio in alcoolista.

7. *Sab. Ant.* -- Ereditarietà negativa. Stette nell' America del Nord sei anni. Fu occupato in lavori pesantissimi e per parecchie ore del giorno. Fece abuso di alcool. Tornato dall' America tentò uccidere la moglie, che credeva, l' avesse tradito durante la sua assenza. Fu prosciolto dall' accusa ed inviato al Manicomio.

Delirio persecutorio - geloso in alcoolista.

8. *Maff. Carl.* — Dopo un anno dalla sua permanenza in America, e per contagio sifilitico, fu ricoverato colà in Manicomio. Dai parenti venne ricondotto in Italia e rinchiuso nel nostro Manicomio. Ereditarietà negativa.

(Paralisi progressiva).

9. *Ger. Mod.* — Stette nelle Americhe otto anni. Fece abuso di alcool e si contagiò di sifilide. Ereditarietà negativa — Lavorò nelle miniere. Venne ricoverato in Manicomio dopo 5 giorni dal rimpatrio —

(Paralisi progressiva).

10. *Imp. Dom.* — Dimorò nelle Americhe 2 anni e fu costretto a tornare, perchè impossibilitato a lavorare. Si contagiò di sifilide. Ereditarietà

positiva. Fu ricoverato in manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Paralisi progressiva).

11. *La Ste. Egid.* — Rimase in America tre anni. Fece abuso di liquori e fu occupato in lavori faticosi. Ereditarietà negativa. Tornato a casa si diede a vita spendereccia, fece parecchi debiti dopo aver sciupato un piccolo peculio in men di due mesi.

(Paralisi progressiva).

12. *Sant. Mich.* — Stette in America otto anni. Era occupato a fare il muratore. In seguito a trauma subito, gli si manifestarono convulsioni epilettiche frequenti. Ereditarietà negativa. Impulsivo. Con fasi confusionali post-accessuali assai lunghe. Ricoverato in manicomio dopo tre mesi dal rimpatrio.

(Epilessifrenia).

13. *Greg. Ant.* — Ereditarietà negativa. Fu in America otto mesi. Non fece abuso di liquori né si contagiò di sifilide. Fu occupato in lavori esaurienti, faticosi, per parecchie ore del giorno. Non poté più oltre restare in America perchè sorpreso da disturbi sensoriali intensi. Fu ricoverato nel nostro manicomio, in una fase di grave agitazione psicomotoria e di confusione ideativa.

(Demenza precoce).

14. *De Mat. Vinc.* — Stette in America poco tempo. Si mostrò disordinato nella condotta e non ebbe lavoro stabile. Alcoolista. Ereditarietà positiva. Ricoverato in manicomio dopo 6 mesi dal rimpatrio.

(Demenza paranoide).

15. *Boc. Mic.* — Ereditarietá positiva. Padre alcoolista. Sorella ricoverata in manicomio. Ha fatto abuso di alcool e si é affaticato in lavori esaurienti nelle miniere. Stette nell'America del Nord piú di un anno. Ne ritornò perchè divenuto pericoloso a causa dei frequenti disturbi sensoriali.

(Delirio persecutorio-geloso in degenerato alcoolista).

16. *Eleis. Gius.* — Padre morto per Emorragia cerebrale. Madre deficiente mentale. Stette in America tre anni. Fu poco amante del lavoro e visse per lo più alle spalle di compagni. Fece abuso di alcool. Venne ricoverato in manicomio dopo 25 giorni dal rimpatrio.

(Demenza precoce).

17. *Dell' Orf. Salv.* — Ereditarietá negativa. Stette nell'America del nord sette anni. Si era fatta colà discreta fortuna, alla quale dette fondo in pochi mesi. Ha fatto abuso di alcool e s'è affaticato in lavori esaurienti. Fu ricoverato in un manicomio dell'America. Trasportato in Italia venne qui ricoverato dopo sette giorni dal rimpatrio.

(Demenza consecutiva).

18. *Gamb. Roc.* — Ereditarietà positiva. Un fratello delinquente. Una sorella prostituta. Alcoolista. Stette nell'America del nord un anno. Fu ricoverato nel nostro manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Demenza precoce).

19. *Fatr. Ferdin.* — Ereditarietá negativa. Stette nell'America del Nord sei anni. Si esaurì in lavori faticosi, fece abuso di alcool. Fu ricoverato una prima volta in un manicomio colà. Rimpatriato venne ricoverato in questo manicomio per disordine della condotta.

(Demenza consecutiva).

20. *Fem. Dom.* — Ereditarietá negativa. Originaria anomalia del carattere. Stette in America un anno. Instabile al lavoro. Fu ricoverato in manicomio dopo 15 giorni dal rimpatrio.

(Eccitamento maniaco ricorrente).

21. *Iac. Franc.* — Ereditarietà non bene accertata. Dimorò in America 10 anni. Fece abuso di alcool. Fu varie volte ricoverato in Manicomio colà. Ritornato in Italia venne rinchiuso nel nostro Manicomio, trovato affetto da

(Paranoia originaria).

22. *Moc. Fi.* — Ereditarietà positiva. Dimoró lungamente in America. Abusò di alcool e si occupó in lavori esaurienti. Era appena rimpatriato da un mese e fu ricoverato nel nostro Manicomio con

(Accessi allucinatorii in alcoolista).

PROVINCIA DI BARI N. 9.

1. *Rossig. Sar.* — Ereditarietà negativa. Dimorò due anni nell' America del Nord. Non si contagiò di sifilide nè fece abuso di alcool, fu sempre occupato in lavori faticosi. Lavorava specialmente di notte. Venne ricoverato in Manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Lipemania delirante).

2. *Land. Giov.* — Ereditarietà negativa. Stette in America 2 anni e fu occupato in qualità di minatore. Fece abuso di alcool. Fu ricoverato in Manicomio dopo tre mesi dal rimpatrio.

(Melancolia con delirio di auto-colpabilitá).

3. *Palz. Gius.* — Ereditarietá positiva. Padre alcoolista. Alcoolista egli stesso. Stette in America tre anni. Fu occupato come facchino. Rimpatriò e dopo 15 giorni venne ricoverato in Manicomio.

(Delirio geloso in alcoolista).

4. *Guer. Vitant.* — Ereditarietà negativa. Fece abuso di alcool. Lavorò nelle miniere esaurendosi nel lavoro, e nutrendosi scarsamente. Stette in America tre anni. Venne ricoverato nel Manicomio dopo cinque giorni dal rimpatrio.

(Lipemania delirante a tinta ipocondriaca).

5. *Bas. Gen.* — Ereditarietà negativa. Stette nell' America del Nord più di due anni. Fece abuso di alcool. Lavorava in lavori di sterro. Venne ricoverato in Manicomio dopo due mesi dal rimpatrio.

Delirio persecutorio.

6, *Esp. Vito* — Ereditarietà positiva. Masturbatore. Si occupò in qualitá di muratore. Venne ricoverato in manicomio dopo 6 mesi dal suo rimpatrio.

Demenza precoce. Varietà ebefrenica.

7. *Bin. Mau. Luigi* — Ereditarietà negativa. Abusò di alcool. Dimorò nell' America del Nord tre anni, e fu occupato nelle miniere. Si é potuto escludere il contagio sifilitico. Venne ricoverato in Manicomio dopo un anno dal rimpatrio.

Fase iniziale della paralisi progressiva.

8. *Zenz. Gius.* — Ereditarietá negativa. Non ha fatto abuso di alcool, nè si contagiò mai di sifilide. Stette in America un anno. Si occupò in qualità di minatore. Ricoverato in Manicomio dopo due mesi dal rimpatrio.

Lipemania delirante a tinta ipocondriaca.

9. *Losc. Vit.* — Ereditarietà positiva. Padre alcoolista. Madre frenastenica lieve. Alcoolista. Stette in America tre anni. Si occupó in lavori esaurienti. Fu ricoverato in Manicomio dopo 4 mesi dal rimpatrio.

Demenza primitiva.

Provincia di Campobasso N. 20.

1. *Di Nar. Gio.* — Ereditarietá positiva. Padre bevone. Abusò di alcool. Stette in America 19 anni facendosi un discreto peculio. Rimpatriato, fu dopo circa un anno ricoverato in Manicomio.

Paranoia.

2. *Rug. Felic.* — Ereditarietà negativa. Non fu alcoolista. Si contagiò in America, di sifilide, e si occupò in lavoro di sterro. Permase in America molto tempo, e fu ricoverato in Manicomio dopo 20 giorni dal rimpatrio.

Paralisi progressiva.

3. *Pert. Pietr.* — Ereditarietà negativa. Dimoró lungamente al Brasile. Fece abuso di alcool. Lavorò molto e si nutrì scarsamente, venne ricoverato in Manicomio dopo quattro mesi dal rimpatrio.

(Demenza presenile).

4. *Col. Ant.* — Ereditarietá negativa. Dimorò molto tempo in America e fece abuso di alcool. Si occupò come minatore. Qualche volta venne ricoverato in Ospedale per malattie comuni. Dopo 6 mesi dal rimpatrio venne ricoverato in Manicomio.

(Accesso allucinatorio - delirante in alcoolista).

5. *Cel. Car.* — Ereditarietà positiva. Padre alcoolista. Egli stesso abu-

sò di vino e di liquori. Stette quattro anni nell' America del Sud. Venne ricoverato in Manicomio dopo due mesi dal suo rimpatrio.

(Indebolimento mentale presenile).

6. *Caros. Giov.* — Ereditarietà positiva. Padre eccentrico. Fratello frenastenico. Emigrò nell' America del Nord, ma vi dimorò poco tempo e dovette fare ritorno.

(Fase maniaca della Frenosi maniaco-depressiva).

7. *Arc. Gius.* — Stette in America 10 anni. Si occupò in qualitá di muratore. Fece abuso di alcool. Tornó perchè assai impressionato della perdita del gruzzolo acquistato. Venne ricoverato in Manicomio dopo 20 giorni dal suo rimpatrio.

(Fase depressiva della Frenosi maniaco - depressiva).

8. *Ferr. Gius.* — Dimorò lungamente a Filadelfia. Fece abuso di alcool. Ereditarietá negativa. Durante la sua permanenza colà cominció a nutrir sospetti contro la moglie, che era rimasta in patria. Ebbe disturbi sensoriali a contenuto persecutorio. Tornò in patria ed uccise la moglie. Venne ricoverato in Manicomio, perchè prosciolto dall' accusa.

(Delirio persecutorio - geloso in alcoolista).

9. *Mar. Alb.* — Dimoró in America 20 mesi. Si mostrò poco amante del lavoro e disordinato nella condotta : ereditarietà negativa, Dopo pochi giorni che era rimasto in casa, dovette essere ricoverato in Manicomio.

(Demenza precoce. Varietà paranoide).

10. *Fan. Gius.* — Fu in America cinque anni. Si contagiò di sifilide. Ereditarietà negativa. Si occupó in lavori esaurienti, lavorando specialmente di notte. Venne ricoverato dopo un mese dal suo rimpatrio.

(Paralisi progressiva).

11. *Cal. Pa.* — Stette in America otto anni. Anche colà venne rinchiuso in Manicomio, Ereditarietà negativa. Non si contagiò di sifilide, ma fece grande abuso di alcool. Lavorò pochissimo.

(Paralisi progressiva).

12. *Card. Gius.* — Stette in America due anni. Non abusò di alcool, ne si contagiò di sifilide. Si occupò moltissimo in qualità di minatore. Ebbe colà disturbi sensoriali e fasi di confusione mentale; ricoverato in Manicomio ne uscì guarito. Se non che ripetendosi tali disturbi dovette essere rimpatriato. Venne ammesso nel nostro Manicomio per la sua condotta disordinata dopo 15 giorni dal rimptrio.

(Demenza consecutiva).

13. *Sasson. Franc.* — Dimoró nell' America 4 anni. Ereditarietà negativa. Abuso di alcool. Si occupò in qualità di bracciante. Fu fatto rimtriare perché spesso litigava ed era divenuto pericoloso.

(Demenza precoce).

14. *Pal. Giov.* — Stette nell' America 5 anni. Fu alcoolista. Ebbe a

soffrire due volte di traumi al capo. Cominciò ad avere vertigini, e fasi brevi di obnubilamento della coscienza. Si trovò nella necessità di rimpatriare. Venne ricoverato nel Manicomio dopo pochi giorni dal rimpatrio.

(Epilessia da trauma).

15. *De Crist. Gius.* — Ereditarietà positiva. Padre epilettico ed alcoolista. Dimorò in America 9 anni. Si occupò in lavori bassi e faticosi. Rimpatriato fu fatto ricoverare in Manicomio immediatamente.

(Eccitamento maniaco in frenastenico).

16. *Manc. Pa.* — Ereditarietà negativa. Abusò di alcool. Stette in America due anni e non ebbe lavoro stabile. Rimpatriò perchè sospettoso della moglie. Venne ricoverato in Manicomio dopo qualche mese.

(Delirio persecutorio - geloso in alcoolista).

17. *Chiar. Ad. Ott.* — Dimorò in America 16 anni. Ereditarietà negativa, si contagiò di sifilide e fece abuso di alcool. Fu fatto rimpatriare, perché in cattive condizioni fisiche e condotto in Manicomio.

(Paralisi progressiva).

18. *Iac. Ant.* — Dimorò in America 15 mesi. Ereditarietà positiva. Si occupò in qualità di muratore. Fu alcoolista. Venne fatto rimpatriare per gravi disordini della condotta. A casa fu tranquillo per poco tempo, ma si fu constretti a ricoverarlo in Manicomio dopo un mese.

(Demenza precoce. Varietà ebefrenica).

19. *Fu. Ben.* — Stette in America 15 anni. Ereditarietà negativa. Abuso di alcool. Lavoro penoso e pesante. Rimpatriò con discreta fortuna, dopo 6 mesi. Venne ricoverato in Manicomio con

(Psicosi alcoolica. Forma demenziale).

20. *Gal. Franc.* — Stette in America 10 anni. Ereditarietà negativa. Si contagiò di sifilide. Non fece abuso di alcool. Venne ricoverato in Manicomio dopo 15 giorni dal rimpatrio.

(Paralisi progressiva).

PROVINCIA DI COSENZA. N. 17.

1. *Per. Lui.* — Ereditarietà negativa. Carattere originariamente anomalo. Dimorò nell' America 30 mesi; si addimostrò instabile nella condotta, e non ebbe mai lavoro stabile. Fece abusi sessuali. Fu discreto bevitore. Venne ricoverato in Manicomio dopo due mesi dal rimpatrio affetto da

(Demenza precoce. Varietà ebefrenico - paranoide).

2. *Am. Dem.* — Ereditarietà positiva. Padre morto di Emorragia cerebrale. Madre di tubercolosi. Dimorò nell' America tre anni. Fece abuso di liquori. Fu occupato in lavori di sterro. Venne in Manicomio dopo tre mesi dal rimpatrio.

(Demenza primitiva).

3. *Fed. Ber.* — Dimorò lungamente nell' America del Sud e fu lavoratore assiduo. Abusò di vino e di liquori. Ereditarietà negativa. Ebbe disturbi sensoriali ricorrenti. Fu necessario il suo rimpatrio, ed il consecutivo ricovero in Manicomio.

(Accesso allucinatorio - delirante in alcoolista).

4. *Tanr. Ferd.* — Originaria anomalia del carattere. Stette tre volte in America perchè commerciante. Ha fatto abuso di alcool, é masturbatore sfrenato. Ereditarietà negativa. Nell'ultimo viaggio si fece notare pel suo disordine e per le tendenze aggressive. Venne ricoverato in Manicomio affetto da

(Demenza primitiva. Varietá ebefrenica).

5. *Cov. Franc.* — Ereditarietà negativa. Carattere socialmente debole. Non ha abusato di alcool. Dimoró in America pochi mesi e ne tornò per

Melancolia semplice.

6. *De Fr. Pasq.* — Ereditarietà negativa. Dimorò nell' America tre anni. Fece abuso di alcool, e lavorò molte ore del giorno in lavori faticosi. Rimpatrió, perchè non sicuro della moglie. Si sentì il bisogno di ricoverarlo subito in Manicomio dopo 15 giorni dal rimpatrio.

(Delirio geloso in alcoolista).

7. *Sen. Raff.* — Ereditarietà negativa. Dimorò diversi anni nell' America del Sud. Ebbe colà accessi allucinatorii che lo resero pericoloso. Abuso continuo di alcool. Ritornò dopo aver dato fondo ad una discreta fortuna. In casa divenne irascibile e pericoloso.

(Demenza consecutiva).

8. *De Cic. Gius.* — Ereditarietà positiva. Una sorella morta per Bronco - Alveolite. Dimorò nell' America 15 mesi. Si addimostrò subito aggressivo, poco amante del lavoro. Abusò di liquori. Venne ricoverato pochi giorni dopo il rimpatrio.

(Demenza primitiva).

9. *Stam. Cost.* — Dimorò lungamente nell' America del Sud. Fece abuso di alcool e si contagiò di sifilide. Fu occupato in lavori faticosi. Si nutrì scarsamente. Tornato in patria stette a casa circa tre mesi.

(Paralisi progressiva .

10. *Cap. Dom.* — Ereditarietà positiva. Dimorò nell'America 5 anni. Fu occupato come minatore. Fece abuso di alcool. Si mostrò a volte impulsivo fino ad aggredire compagni di lavoro senza alcuna ragione apparente. Rimpatriato commise un mancato omicidio. Venne prosciolto e ricoverato in Manicomio.

(Delirio persecutorio in degenerato alcoolista.

11. *Groc. Lin.* — Ereditarietà. Dimoró nell'America 4 anni.

e 6 mesi. Condotta instabile. Carattere violento. Ha fatto abuso di alcool. Venne ricoverato in Manicomio dopo tre mesi dal rimpatrio.

(Fase iniziale demenza precoce).

12. *Rin. Ang. Raf.* — Dimorò nell' America 11 mesi. Lavorò in qualità di carrettiere. Ebbe a subire un trauma al capo. D' allora si notò in lui un cambiamento di carattere, aggressivo e violento, lavorava poco.

(Epilessia da trauma).

13. *D' Andr. Pasq.* — Ereditarietà negativa. Dimoró nell' America 18 anni. Fece grande abuso di alcool, ed ebbe disturbi sensoriali notevoli. Dovette sospendere ogni lavoro, dal quale traeva un discreto profitto. Divenne sospettoso e fu mestiere rimpatriarlo. Venne ricoverato dopo pochi giorni in Manicomio.

(Delirio persecutorio in alcoolista).

14. *Mon. Tam.* — Dimorò lungamente al Brasile. Lavoratore a giornata, era occupato tutto il giorno in lavori faticosi, concedendosi scarso riposo. Non ha fatto abuso di alcool. Fu rimpatriato essendo affetto da

(Melancolia con fasi ansiose).

15. *Sal. Franc.* — Ereditarietà negativa. Dimorò in America 23 mesi. Non ebbe lavoro stabile, e si addimostrò eccentrico. Fece abuso di liquori. Rimpatriò e dopo qualche settimana venne ricoverato in Manicomio per

(Eccitamento maniaco).

16. *Font. Ant.* — Ereditarietà positiva. Padre alcoolista. Zio criminale. Dimorò in America 15 mesi. Serbò una condotta irregolare e fu poco amante del lavoro. Se ne tornò in condizioni economiche più disastrose che non prima. Venne ricoverato in Manicomio dopo pochi mesi dal rimpatrio affetto da

(Demenza paranoide).

17. *Cost. Franc.* — Ereditarietà negativa. Dimorò in America 3 anni. Lavoratore assiduo, ma dedito ai liquori ed agli abusi sessuali. Fu rimpatriato dai parenti pei quali era divenuto ingombrante, e ricoverato subito in Manicomio.

(Demenza primitiva).

PROVINCIA DI FOGGIA N. 8.

1. *Mantec. Nic.* — Ereditarietà negativa. Non abusò di liquori, nè di vino; non commise abusi sessuali. Si esaurì in lavori faticosi in qualità di minatore. Stette in America 26 mesi. Ritornato in patria per ragione di famiglia venne ricoverato in Manicomio dopo un mese dal suo ritorno.

(Eccitamento maniaco).

2. *Scroc. Fran.* — Ereditarietà largamente positiva. Carattere anomalo, alcoolista. Stette in America 30 mesi. Fu obbligato a tornare perchè litigioso e spesso disoccupato. Venne in Manicomio dopo qualche mese dal rimpatrio.

(Eccitamento maniaco).

3. *Teal. Pao.* — Ereditarietà negativa. Eccentrico. Mai occupato in lavoro stabile. Emigrò diverse volte per le Americhe ma non seppe fare fortuna, alcoolista. Venne ricoverato in Manicomio affetto da

(Delirio persecutorio in alcoolista).

4. *Di Giud. Bat.* — Ereditarietà negativa. Stette in Amirica 2 anni. Si contagiò di sifilide. Rimpatriò accompagnato da un parente e fu ricoverato nel nostro Manicomio dopo qualche giorno dal rimpatrio.

(Paralisi progressiva).

5. *Giul. Mar. Sav.* — Ereditarietä negativa. Stette in America 16 mesi, alcoolista. Bracciante, lavorava in condizioni ambientali assai penose. Si nutrì scarsamente. Venne ricoverato in Manicomio con

Eccitamento maniaco.

6. *Maz. Ant.* — Ereditarietà positiva. Madre imbecille. Sorella epilettica. Stette in America 25 mesi, alcoolista. Rimpatriò, perchè desideroso di stare in famiglia. Scarso il desiderio di lavorare; la famiglia lo ricoveró in Manicomio dopo 2 mesi dal rimpatrio.

(Fase depressiva in semplice di spirito).

7. *Par. Anac.* — Ereditarietà negativa. Alcoolista. Stette in America molto tempo. Non si contagió di sifilide. Lavoratore indefesso. Si nutrì scarsamente. Fu rimpatriato e venne ricoverato con

(Paralisi progressiva).

8. *Cos. Mich.* — Ereditarietà negativa. Alcoolista. Stette in America 4 anni. Lavoró poco perchè svogliato. Cambiò diversi mestieri. Fu rimpatriato e ferì la moglie che sospettava infedele. Venne rinchiuso nel Manicomio perchè prosciolto.

(Delirio persecutorio - geloso in alcoolista).

Provincia di Salerno N. 11.

1. *Di Onn. Nunz.* — Ereditarietà positiva. Fu venti mesi in America. Ebbe uno zio criminale. Padre alcoolista. Egli stesso dedito al vino ed ai liquori. Si sottopose a lavori lunghi e faticosi. Dovette far ritorno dall' America perchè divenne svogliato al lavoro, depresso. Fu ricoverato con

(Delirio persecutorio in degenerato alcoolista).

2. *Mart. Carm.* — Ereditarietà negativa. Dimoró in America 14 mesi.

Si addimostrò instabile nella condotta, e poco proclive al lavoro. Alcoolista. Fu ricoverato in Manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Demenza paralitica).

3. *Guad. Ant.* — Ereditarietà negativa. Dimorò in America 4 mesi e venne colà ricoverato in un Manicomio. Alcoolista. Fu rimpatriato e condotto al nostro Manicomio con

(Demenza consecutiva).

4. *D'Ar. Nic.* — Ereditarietà positiva. Padre bevone, e madre gottosa. Dimoró in America tre anni. Si addimostrò instabile nella condotta, non ebbe lavoro continuo e si occupò in mestieri varii. Venne ricoverato in Manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Demenza precoce).

5. *Gal. Alf.* — Ereditarietà negativa. Dimoró nell'America del Sud 20 anni. Si contagiò di sifilide. Fu alcoolista. Sciupò in breve tempo una discreta fortuna acquistatasi col lavoro.

(Paralisi progressiva).

6. *Di Pa. Lui.* — Ereditarietà negativa. Dimorò nell'America due anni. Si occupò scarsamente al lavoro. Alcoolista. Rimpatriò e venne ricoverato pochi giorni dopo il suo rimpatrio.

(Paranoia a forma querulomane).

7. *Cro. Franc.* — Ereditarietà negativa. Dimoró nell'Amrica 5 anni. Si contagiò di sifilide. Non fu alcoolista. Lavorò in qualità di minatore. Venne ricoverato nel Manicomio appena rimpatriato.

(Paralisi progressiva).

8. *Nic. Gae.* — Stette al Brasile due anni. Ereditarieta negativa. Fu alcoolista sfrenato. Lavorò in qualità di carrettiere e di manuale. Fu fatto rimpatriare e condotto in Manicomio.

(Delirio persecutorio - geloso in alcoolista).

9. *Den. Giov.* — Dimorò nell'America 20 anni. Ereditarietà positiva. Tendenze criminali: alcoolista. Lavoratore svogliato. Rimpatriò e fu ricoverato in Manicomio con

(Psicosi alcoolica).

10. *Vanac. Luigi* — Dimoró in America otto anni. Ereditarietà negativa. Lavoratore in miniere, alcoolista. Venne ricoverato in Manicomio dopo un mese dal rimpatrio.

(Psicosi alcoolica).

11. *Pag. Vinc.* — Dimoró in America 22 mesi. Ereditarietà negativa. Si contagiò di sifilide. Divenne svogliato al lavoro, e instabile nella condotta. Venne ricoverato in Manicomio appena rimpatriato.

(Demenza paralitica).

(continua)

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA.

STATO EPILETTICO ED ACETONEMIA

Contributo alla patogenesi dell'epilessia

PEL

DOTT. S. TOMASINI

Si è molto discusso sulla patogenesi dell'Epilessia in generale e dell'attacco convulsivo in special modo, per rilevarne le cause che li producono, ma relativamente pochi sono stati gli studi su quello che venne detto *status epilepticus*, una condizione patologica, che non è poi così rara, come taluni credono, e che mette spesso in pericolo la vita dell'individuo colpito.

Le varie teorie emesse e sostenute con più o meno validi argomenti sono così note ai cultori della Psichiatria, che mi astengo dall'accennarle anche sommariamente: tutte hanno portato una piccola luce nella spiegazione dei fenomeni; e, poichè tutte hanno avuto un diverso punto di partenza e sono state quindi unilaterali, non meraviglia che nessuna ancora abbia potuto darci la dimostrazione della causa dell'attacco convulsivo, e quindi anche dello stato epilettico.

Infatti la morte durante l'accesso epilettico è molto più frequente di quello che si crede.

L'AGOSTINI ebbe a trovarla nel 45,45 0[0 delle morti degli epilettici. SPRATLING ha trovato la causa della morte in un unico attacco fulminante nel 3,5 0[0. dei casi; per coma, in seguito ad attacchi in serie, nel 23 0[0 dei casi; per accidenti concomitanti all'accesso nel 5 0[0; WORCESTER su 62 casi di morte di epilettici ne trovò 45 come conseguenza di attacchi: HABERMAAS calcolò a 47,6 0[0 i morti in istato epilettico; LANDERER ammette il 45 0[0.

Ho voluto anch'io fare delle ricerche apposite, onde portare il mio contributo alla statistica. Su 362 autopsie eseguite in sei anni in questo Manicomio ben 62 sono stati gli epilettici morti; il che rappresenta la bella cifra del 21 0[0 di tutte le morti di alienati. Di que-

sti 62 epilettici, 25 sono morti per malattie intercorrenti, ed è notevole negli epilettici il predominio di date forme morbose, così ho trovato: per catarro intestinale 5; per occlusione intestinale 1; per bronco-pneumonite 5; per tubercolosi pulmonare 2: per linfoma e tubercolosi 2; per marasma 4; per flemmone 1; per paralisi cardiaca 2. Gli altri 37 sono morti in stato epilettico; il che mi dà una percentuale superiore a quella di tutti gli altri autori, circa il 60 0|0.

Dalle osservazioni necroscopiche di questi 37 epilettici morti in stato di male rilevo queste note anatomo-patologiche, per me importantissime: in tutti, cioè, si è notato iperemia cerebrale, e in 20 lesioni renali gravi, di cui un caso di degenerazione grassa. 3 casi di tubercolosi renale; 2 casi di stasi, e 14 casi di nefrite interstiziale cronica.

Nè a me fa meraviglia la forte percentuale delle morti per stato epilettico di fronte a quella data dagli altri autori: basti ricordare che, parlando anche della sola Italia, il numero degli epilettici è enormemente superiore nel mezzogiorno che nel settentrione; e non è difficile che anche gli attacchi epilettici acquistino da noi una gravità maggiore.

Tutti sanno, specialmente per le minute osservazioni del LOMBROSO e dei suoi allievi, quanta influenza hanno i fenomeni atmosferici nella produzione dell'attacco epilettico; anche le minime variazioni hanno la loro importanza.

L' osservazione, che segue, prima che constatata esatta da me, è stata fatta da intelligenti infermieri di questo Manicomio: nella succursale sita in Cava dei Tirreni gli epilettici hanno più frequenti e forse più gravi gli accessi, pur trattandosi di una cittadina a pochi chilometri distante da questa Nocera, ma in cui clima, temperatura, grado igrometrico ecc. sono differenti. In un mese, poco tempo fa, ho osservato in quella succursale, fra i pochi epilettici che vi stanno in numero di settanta, ben due casi di stato epilettico, di cui uno gravissimo.

Oggi le ricerche sulla patogenesi dell' epilessia sono state specialmente rivolte allo studio dei suoi rapporti con l' auto-intossicazione, ed una ricca bibliografia esiste in proposito.

L'epilessia, cioè, è stata considerata come una malattia da metabolismo; ma a me sembra che i risultati di tutte queste minute ricerche, eseguite con i più recenti metodi di chimica biologica, ab-

biano portato sì notevole luce sulle relazioni esistenti fra le alterazioni del ricambio materiale organico e l'attacco epilettico, ma come conseguenza diretta di quest'ultimo; e credo, come in altro lavoro ho detto, che non abbiano recato risultati dimostrativi sulla genesi dell'attacco; poichè non si può ancora affermare che l'accesso di epilessia è dovuto ad un fenomeno di autointossicazione.

Ciò non significa che bisogna abbandonare questa via, che ha dato più delle altre risultati maggiori e più evidenti; tanto che recentemente Munson, dopo aver esaminato le diverse teorie sull'Epilessia, vista l'inanità degli sforzi per trovare una lesione organica, che possa spiegarla, crede con ragione che si debbano sempre dirigere le ricerche sul terreno della chimica biologica, piuttosto che su quello dell'anatomia patologica.

Egli con Vaughan considera la cellula come unità chimica piuttosto che morfologica. Tutto ciò che passa nel corpo si riduce in ultima analisi ad un procedimento chimico, di modochè, anche scoperta una lesione visibile, bisogna poi spiegarla chimicamente per un qualche difetto di nutrizione o per una possibile intossicazione.

Già le ricerche degli istologi, specialmente quelle di Ramon y Cajal, unite ai risultati della Fisiologia ci portano oggi a considerare la funzione della cellula nervosa, in cui è evidentemente riposta tutta la energia nervosa stessa di cui è capace, come un fenomeno di nutrizione, dal quale dipende la vita di tutti i processi che vi arrivano, sicchè tutte le alterazioni funzionali, in ultima analisi, son dovute a disturbi di nutrizione.

Da qui l'importanza grande del ricambio materiale della cellula nervosa, specialmente nelle varie forme nevro psicopatiche.

Opportunamente da molti anni D'Abundo, che fu tra i primi a rilevare l'importanza di questa nuova via, ha fatto notare che non ostante i risultati ottenuti siano teorici ed in gran parte contraddittori, e tali si presentano tuttora, pure non debbono trascurarsi, perchè *è nello studio delle cause che possono trovarsi i migliori argomenti per risolvere il rapporto tra auto - intossicazione e nevropsicosi.*

Come ho fatto notare, si è discusso molto, e si discuterà ancora, sulla causa che produce l'attacco epilettico, e se poco sappiamo sulla genesi di questo, meno ancora si conosce sulle condizioni produttrici dello

status epilepticus, in cui gli accessi possono succedersi un dopo l'altro, ad intervalli più o meno brevi, e in seguito ai quali l'infermo cade in uno stato comatoso con respirazione accelerata, polso piccolo, pelle coperta di sudore, febbre alta, sensibilità ottusa, intelligenza abolita.

Questo stato di male, considerato come la forma più grave del parossismo convulsivo, fu segnalato dapprima dal Calmeil, e studiato dal Burneville ed altri.

Per i primi osservatori la morte avviene per fenomeni congestivi o per accidenti meningitici. Ma pure avendo osservato sempre, costantemente, quasi senza eccezione, questo stato d'iperemia nelle meningi, esso però non può spiegarci nè la sindrome fenomenica, nè la morte.

Dopo la scoperta di Hitzig e Fritsch e le ricerche di Ferrier, che confermarono le osservazioni cliniche di H. Jackson, si venne a stabilire l'esistenza di centri corticali, capaci di determinare periodiche tensioni e scariche verso la regione del corpo striato. Si vide anche che cessato l'accesso artificialmente prodotto nei varii casi con la faradizzazione corticale, esso si ripeteva spontaneamente dopo un breve intervallo: altre volte l'animale entrava in vero stato epilettico, in seguito al quale avveniva l'esaurimento e la morte. Fenomeni questi che ho potuto moltissime e ripetute volte osservare durante il mio lungo esercizio di aiuto all'Istituto fisiologico di Palermo.

Ne derivò quindi la dottrina di Luciani, Seppilli, Tamburini ecc. per cui la zona motrice della corteccia cerebrale rappresenta l'organo centrale delle convulsioni epilettiche; e perciò l'eccitamento morboso, diretto o indiretto, in qualsiasi modo sviluppato, è il *momento essenziale* del processo epilettico. Anche ammessa questa ipotesi, cosa che del resto è accettata dalla maggior parte dei fisiologi e degli alienisti, rimane a conoscere la causa dell'eccitamento morboso diretto o indiretto.

Ora lo stato di male epilettico ha il suo riscontro sperimentale in questo fenomeno fisiologico che, dopo provocata sperimentalmente l'epilessia negli animali, in seguito ai primi accessi convulsivi, la zona motrice rimane talmente eccitabile, così sensibile alle lievi eccitazioni, che ogni minima causa irritativa provoca l'insorgere di nuovi accessi.

D'altra parte nè l'anatomia patologica, nè lo studio della cellula nervosa nello stato epilettico hanno fornito alcuna luce su questo argomento interessante, ma che solo ora comincia ad occupare la mente degli osservatori.

Eccetto l'iperemia venosa, la congestione intensa dell'encefalo,

le piccole emorragie e l' edema, nulla si apprende dall' anatomia macroscopica, e i diversi trattati, da quelli del BIANCHI e TANZI a quelli del ROBERTSON, nulla ci dicono di più interessante: fenomeni questi che abbiamo anche noi visti continuamente e costantemente al tavolo anatomico.

Nè i nuovi mezzi d'indagini microscopiche sono stati più fortunati: TIRELLI, col metodo GOLGI, trovò lesioni cellulari aventi i caratteri dell' atrofia varicosa.

RISPAL e ANGLADE, col metodo NISSL e con quello GOLGI, trovarono alterazioni di volume nelle cellule piramidali: il corpo era rigonfio, vacuolizzato, i prolungamenti tortuosi e filiformi; altre volte invece il volume era ridotto, il prolungamento protoplasmatico così grosso da non riconoscersi quasi dove finisse il primo e cominciasse il secondo. Distrutta la sostanza cromatica: e poi un'invasione nella cellula di corpuscoli apparentemente nevroglici, sviluppantisi a spese della cellula stessa invasa.

Simili alterazioni di forma trovarono MOTT, ORBELI, KOTZOWSKIJ, MARCHAND, LACHE, ed altri, i cui risultati mi dispenso dall'esaminare, perchè riassunti nell'importante lavoro di ESPOSITO, pubblicato in questo stesso giornale lo scorso anno.

Neanche questi trovò alterazioni cellulari tali da poterci spiegare la sindrome clinica dello stato epilettico con altre condizioni fisio-patologiche dell' organismo: egli crede quindi che *le vere* modificazioni prodotte negli elementi della corteccia cerebrale pel dato e fatto dello stato epilettico si riducono ad una modica e limitata cromatolisi con leggero edema cellulare ed a lesioni vasali dal carattere della forte iniezione e dalle emorragie microscopiche.

Da questa semplice osservazione microscopica, ESPOSITO ritiene giustificata la sua opinione che « *nella grande maggioranza dei* « *casi* la morte in istato di male sia *meglio* conseguenza dell' osta- « colo meccanico, cui le convulsioni dei muscoli toracici oppongono « alla circolazione o all'eventuale interesse di centri nervosi di primis- « simo ordine pel mantenimento della vita, magari come conseguenza di « emorragie. » Nè qui discuto, non essendo il caso, gli argomenti di ESPOSITO, come quello che l'esaurimento che consegue anche al semplice accesso epilettico si deve forse più ai muscoli che al sistema nervoso, fondandosi specialmente sulle esperienze di OSSIPOW e BORISCHPOLSKY. Mi basta solo concludere con tutti gli osservatori che nè l' anatomia patologica, nè le osservazioni citologiche ci hanno fornito an-

cora un dato approssimativo per poter emettere una semplice ipotesi sulla patogenesi dell'attacco epilettico.

Rimangono le alterazioni bio-chimiche, che taluni, in seguito alla geniale ipotesi del BOUCHARD sulle auto-intossicazioni, confermata da molti sperimentatori, e tra i primi il nostro ALBERTONI, voglion dovute a speciali tossine elaborate durante il ricambio materiale dell' organismo.

Prima di questi studi, per quel che riguarda la psiche ed alcuni stati patologici, era noto, che il diabete p. es. si accompagna ad umor triste e a pensieri ipocondriaci; che gl' infermi di fosfaturia sono ordinariamente cupi ed irritabili; che nell' intossicazione uremica lo stato comatoso, e le convulsioni son dovuti a predominio di alcune sostanze; tanto che MAUSDLEY scrisse che si era autorizzati a credere che ogni grado di disordine mentale, dal più dolce sentimento di malinconia alla furia estrema del delirio, poteva aversi per ristagno delle materie logore dei tessuti.

E qui una lunga serie di studi sull' influenza dell' attività mentale sulle secrezioni ed escrezioni, osservazioni cliniche e specialmente sperimentali, in disaccordo sempre. Fra queste ultime basta citare le ricerche del BELMONDO, che portarono alla conclusione che i processi psichici per sè stessi sono dovuti a un metabolismo organico così lieve da non potersi riconoscere mediante lo studio delle secrezioni ed escrezioni; e quelle di MODICA e AUDENINO che in animali privati dei lobi prefrontali trovarono diminuzione dell' azoto eliminato per l' orina, diminuzione dell' acido fosforico totale e specialmente diminuzione dei solfati terrosi, che possono scomparire nei periodi lontani dell' operazione.

Dello stesso modo furono fatte molte osservazioni per quel che riguarda la relazione tra ricambio materiale e attacco epilettico.

Nella curva della quantità dell' eliminazione dell' orina BLEYLE trovò che aumentava in relazione agli accessi: ALESSI e PIERI non trovarono questo rapporto costante.

Il peso specifico fu rilevato relativamente alto da LOMBROSO e ALESSI, ma senza relazione alcuna con l' attacco; mentre STEFANI lo trovava aumentato ad ogni periodo episodico.

L' espressione dell' urea fu trovata bassa da BLEYLE, RONCORONI,

CRISTIANI; alta da VOISIN e PETIT e OLIVIERI: e da RIVANO aumentata solo dopo gli accessi.

MAIRET e LAILLIER trovarono che durante gli accessi e lo stato di male epilettico vi era aumento dell'eliminazione dell'ac. fosforico: il che fu confermato poi da BLEILE, LEPIN, IACQUIN, RIVANO, e specialmente da VOISIN che ne fa un segno patognomonico. Altri come TONNINI, CRISTIANI trovarono diminuzione; mentre RONCORONI lo trovò aumentato nei periodi intervallari.

ROSSI, trovando aumentata la quantità di creatinina prima dell'accesso minore, crede che si accumula nell'organismo una certa quantità di materiale venefico, il quale concorre potentemente alla ipereccitabilità della corteccia cerebrale; mentre dopo l'accesso, per l'attivarsi del ricambio, si ha la riduzione dei materiali accumulati che vengono eliminati pel rene.

A parte queste alterazioni nella escrezione urinaria degli elementi normali, si son rinvenuti anche elementi patologici; e si è data con giusto criterio notevole importanza all'albuminuria e alla glicosuria post-epilettica, glicosuria che nelle altre forme di malattie mentali non ha davvero grande interesse, poichè essa è sempre di origine alimentare (SIEGMUND, MORSELLI, ecc.).

Molti autori vollero vedere nelle alterazioni del sangue una spiegazione dell'attacco epilettico, raccogliendo una grande serie di dati, importanti sì ma certamente non dimostrativi.

Così VOISIN e PETIT videro che il sangue negli epilettici usciva con difficoltà dai vasi, era scuro, denso e coagulava immediatamente. La densità del sangue fu trovata minore prima dell'attacco da CLAUS, SMYT e altri, normale dall'AGOSTINI. DIEDE e TURNER trovarono normale nei periodi interaccessuali l'attività coagulante del sangue, che diveniva rapida quando si avevano frequenti accessi convulsivi.

Secondo FERÈ, in seguito agli accessi, diminuisce con i globuli rossi l'emoglobina; secondo VOISIN, è minore il potere di riduzione dell'emoglobina stessa; secondo AGOSTINI è indebolito il grado isotonico del sangue. CHARON e BRICHE notarono che gli accessi sono regolarmente isocroni e inversamente proporzionali alle variazioni quantitative alcalimetriche. Sicchè in ultim'analisi tutti i processi di riduzione organica debbono essere rallentati durante e per causa dell'attacco epilettico.

BESTA trovò nel siero di sangue degli epilettici un potere coagulante inferiore al normale, e l'esistenza di un rapporto diretto tra

questo potere coagulante e gli accessi convulsivi. Ceni lo riscontrò più attivamente emolitico, spiegando il fenomeno con un processo tossico che determina una maggiore distruzione di elementi organici. Ferè e Frisco notarono diminuzione nella quantità dei globuli rossi, alterazione nei corpuscoli, che raggiungevano il massimo durante o subito dopo l'attacco convulsivo.

Più importanza si diede all'alcalinità del sangue, e giustamente poichè, secondo Bunge, essa rappresenta uno dei prodotti del potere regolatore e conservatore dell'organismo.

Anzi, partendo dal principio fisiologico che, vivendo i nostri elementi anatomici in un mezzo alcalino, una diminuzione dell'alcalinità del sangue deve mettere in pericolo la vita dell'individuo, e produrre gravi alterazioni funzionali specialmente da parte del sistema nervoso, si è voluto spiegare l'attacco epilettico come dovuto ad un'autointossicazione acida dell'organismo.

Haig, dopo numerose e continuate ricerche, lo fece dipendere da accumulo nel circolo di acido urico; Krainsky dal carbamato di ammonio, di cui l'acido urico non sarebbe che l'indice dell'alterata produzione di questa sostanza tossica.

Non è molto, da una parte, Ferrannini, in un pregevole lavoro della clinica del mio maestro, il Prof. Bianchi, non crede che l'acido urico possa essere il fattore unico della convulsione epilettica, e che l'ipertossicità delle orine post-parossistiche non si debba neanche a questa sostanza; dall'altra parte, in questo stesso anno, Guidi riprese la quistione e confermò la teoria di Krainsky, della intossicazione acida dell'organismo, *probabilmente* dovuta ad accumulo di acido carbamico, intossicazione che si rende manifesta per la escrezione dei composti ammoniacali nelle orine.

Biernacki e altri, in seguito, trovarono una diminuzione dell'alcalinità del sangue per produzione esuberante di acidi, o per rallentamento della loro eliminazione; constatata anche dopo accessi epilettici, domandandosi se era invece dovuta ad accumulo di acido lattico

Anche Lui trovò costante sotto l'accesso la diminuzione dell'alcalinità del sangue, il che fa supporre la presenza e l'accumulo di materiali d'incompleta riduzione organica. Anzi la ritiene in stretta relazione colla convulsione, come effetto di questa.

Come si vede lo studio del ricambio materiale negli alienati, non ostante i numerosi lavori e le importanti ricerche, può dirsi

ancora al suo inizio, poichè gran parte delle ricerche fatte si son rilevate contradittorie nei risultati.

Basta ricordare gli studi inerenti all'eliminazione dell'urea, dell'acido fosforico, dei cloruri negli stati maniaci, in quelli depressivi ed anche negli epilettici, i diversi risultati ottenuti non solo con le ricerche degli elementi normali o patologici dell'orina, ma anche con quelli sul sangue, sul sudore, sul succo gastrico ecc.

Il che nulla toglie all'esattezza della massima fondamentale, quasi dogma patologico, che anche nelle psicopatie, come del resto in altre affezioni organiche, le azioni bio-chimiche debbano compiersi in modo abnorme e dare quindi abnormi prodotti di eliminazione.

Posta così come causa occasionale dell'attacco epilettico, e forse più esattamente, come diretta conseguenza, la tossicità dell'orina, se ne è data la colpa ora ad una, ora ad altra sostanza, sia normale, che patologica; si sono riscontrati o negati dei rapporti diretti o indiretti tra queste sostanze e gli accessi, dando luogo così ad una serie grande di quesiti e di ricerche chimiche.

Tra i varii problemi di urologia, considerati dal punto di vista clinico della Psichiatria, a me è sembrato importante rivolgere ancora una volta lo studio sull'acetonuria e sull'acetonemia nelle varie forme morbose mentali; e per i risultati costanti, e credo abbastanza dimostrativi, ottenuti negli epilettici, ho creduto bene di scrivere a parte.

L'acetone o dimetilchetone ($C^3 H^6 O$), composto affine agli alcools, come l'analogo acido diacetacetico, è infatti *l'espressione di una decomposizione delle sostanze proteiche e dei tessuti del corpo*, ed è quindi una sostanza che potrebbe darci la chiave di risoluzione di molte quistioni.

Poche sostanze hanno preso importanza sempre più crescente, man mano che gli studi progredivano, dell'acetone, dal giorno in cui Petters nel 1857 e Kaulich nel 1860 ne constatarono per i primi la presenza nelle orine e nell'aria espirata dei diabetici.

Basta ricordare il poderoso lavoro che ne seguì nel 1864 di Arnaldo Cantani, che fece uno studio clinico molto particolareggiato dell'acetonemia, rilevandone specialmente i fenomeni particolari del sistema nervoso, quando ancora la Nevrologia e la Psichiatria non s'interessavano di simili argomenti. Cantani distinse quattro tipi di ace-

tonemia, e fra questi ne descrisse due che si manifestavano con gravi disturbi psichici: uno si accompagnava a fenomeni di depressione generale, torpore delle facoltà intellettuali, abbattimento come narcotismo, apatia, sonnolenza, anestesia, perdita di coscienza, coma profondo; un secondo con fenomeni opposti: stati di eccitamento, agitazione generale, iperestesia, insonnia, vertigini, allucinazioni, delirii.

Molto tempo dopo R. von JAKSCH si occupò nuovamente della ricerca dell'acetone nelle orine, e le riscontrò in ammalati afebbrili (si credeva dai pochi studi fatti, che l'acetone fosse dipendente da uno stato febbrile, specialmente infettivo) ma con fenomeni nervosi rilevanti, come cefalea intensa, sonnolenza, apatia, delirio.

TUCZEK ricercó, allora, l'acetone in due infermi di delirio sistematizzato e sitofobi, riscontrandolo pochi giorni dopo il principio del rifiuto dei cibi, e scomparendo due o tre giorni dopo la cessazione di esso. Egli quindi ritenne l'acetonuria come dipendente dallo stato di inanizione, anzi la considera come segno diagnostico di una precessa sitofobia.

Fatto questo che venne subito confermato da SIEMENS, il quale trovò pure acetonuria durante il periodo di sitofobia di un paranoico durato dodici giorni.

LAHEK pel primo ricercò l'acetone in varie forme di malattie mentali e nei varii periodi di una stessa forma morbosa: lo riscontrò solo in quegli ammalati che erano completamente o anche parzialmente sitofobi: ne dedusse che l'acetonuria era un fenomeno esclusivamente dipendente da uno stato d'inanizione, senza rapporto alcuno con alterazioni neuro e psicopatiche.

Riprese v. JAKSCH la quistione, e in nuove ricerche ammise che vi è una forma di acetonuria che accompagna le psicosi con agitazione, come negli stati maniaci. Egli lo riscontrò costantemente, e più o meno abbondante, in simili alienati, pur escludendo qualsiasi astinenza agli alimenti o altri stati morbosi organici.

In Italia le prime ricerche furono fatte dal RIVANO, dalle quali si rileva che l'acetonemia è un fenomeno morboso molto frequente nel corso delle psicosi, che si accompagna di preferenza a certe forme di alienazione mentale: l'acetone è più frequente nelle orine dei paralitici, indi, in progressione decrescente, in quelle dei lipemaniaci, dei paranoici, degli epilettici, maniaci e dementi.

Per quel che riguarda la frenosi epilettica ha osservato il fenomeno che collima perfettamente colle mie ricerche, (ed appunto per que-

sto voglio rilevarlo dal lavoro), trovò, cioè, che gli esami fatti nelle orine emesse poche ore dopo gli accessi epilettici, e nella mattina del giorno successivo, presentavano acetone; mentre l'esito era negativo negli esami fatti durante il periodo intervallare: il qual fatto fa sorgere ragionevolmente la supposizione di uno stretto legame tra l'accesso epilettico e l'acetonuria, specialmente se si considera che le maggiori quantità di precipitato di iodoformio si ottennero sempre nei casi in cui l'individuo esaminato era stato in precedenza colpito da più di un accesso epilettico.

Anche Marro ha creduto, dallo studio di un caso di delirio acuto, che la morte anche in questa forma morbosa fosse dovuta ad acetonemia; e mette questo fenomeno in relazione a disturbi melanconici, poichè v'era forte depressione del tono sentimentale e prevalenza di sentimenti di terrore e di spavento. Fondandosi sugli esperimenti del Lustig, suppone che, per effetto riflesso sul sistema nervoso ganglionare addominale, la paura induce un eccitamento simile a quello che lo sperimentatore apporta con lo stimolo elettrico: nell'uno e nell' altro caso si ha, come conseguenza sensibile, l'acetonuria.

Boeck e Slosse ancor essi intrapresero, in seguito, la ricerca dell'acetone nelle orine, e lo trovarono dapertutto, nelle persone normali e in tutti gli alienati: conclusero quindi che non esiste relazione di sorta tra la quantità di acetone contenuta nelle orine e lo stato psichico del malato, depressivo, agitato, allucinato, infirmando l'opinione di Marro, rispetto alla relazione tra la presenza di una quantità notevole di acetone nelle orine e lo stato di ansia penosa degli alienati e l'ammessa possibilità che nei casi di delirio acuto con allucinazioni terrifiche la morte vien cagionata dall'acetonemia.

D'Abundo e Brugia poi confermarono le ricerche del Rivano avendo trovato acetone specialmente nella paralisi generale.

Le ricerche sull'importanza dell'acetonuria, specialmente nelle malattie mentali, erano state messe in dubbio da due fattori: da una parte si dubitava del suo potere tossico, il che non è.

Infatti è noto per le ricerche del Dujardin, che la tossicità di questo alcool allo stato di diluizione è di 5 gr. per peso di 1 kg. di animale. Quando Kusmual nel 1834 pel primo emise la teoria dell'acetonemia nel coma diabetico, fece pure degli esperimenti e, iniettando agli animali acetone, provocò fenomeni di ubbriachezza e di coma.

Poi nel 1880 Tappeinen sottomise degli animali ad inalazioni di vapori di acetone e determinò accidenti comatosi. Indi Lustig ed Albertoni riscontrarono la morte di tutti gli animali avvelenati con acetone. Luzenberger pure fece degli esperimenti sulla tossicità dell'acetone, rilevandone la dose minima in gr. 2,5 per kgr. di animale in soluzione diluita; ma se poi l'acetone usato è assoluto avviene la morte rapida in 3 - 4 ore.

Dall'altra parte si cercò di togliere qualsiasi valore alla presenza dell' acetone nell' orina, quando da alcuni fu riscontrato anche negli individui normali.

Jaksch fu il primo che rilevò la presenza dell'acetone nelle orine di individui normali o pretesi tali; fenomeno questo confermato in seguito da Boeck e Slosse.

Però questi risultati furono oppugnati specialmente dalle ricerche di Albertoni, di Nobel e da quelle di Moscatelli, il quale non potè constatare tracce di acetone nemmeno operando sul prodotto di distillazione frazionato di 50 litri di orina; e Boeri non ne potè rinvenire in condizioni fisiologiche che 12 - 15 mmg. al giorno.

Ma più importanti sono state le ricerche sperimentali di Lustig intorno all' estirpazione del plesso celiaco, fatte per conoscere se un qualche rapporto esistesse tra il diabete e le alterazioni di questo plesso.

Egli invece trovò persistente acetonuria, che spesso portava alla morte degli animali, cani e conigli. Solo cessando l'acetonuria gli animali cominciavano a ristabilirsi. La morte avveniva per coma acetonico. Le uniche alterazioni anatomiche costanti avevano sede nei reni ed erano identiche ai processi degenerativi descritti dall' Armanni e dall' Ebstein in persone che presentavano acetonuria per coma diabetico: lesioni che il Lustig ottenne producendo l' avvelenamento acetonico con la somministrazione di acetone per bocca e per inalazione.

Come Lustig anche Albertoni negli avvelenamenti degli animali per acetone notò delle morti improvvise precedute da sintomi di depressione. Luzenberger, poi, dalla diversa sintomatologia ottenuta nelle sue ricerche sperimentali, ritiene spiegata la differenza delle forme cliniche dell' acetonemia; sicchè quando ci troviamo dinanzi ad una decomposizione lenta delle emazie (Boari) o dei tessuti, come nel diabete, allora l' acetonemia si presenta sotto forma di corea e di cachessia; quando invece l' acetone viene assorbito dalle fermentazioni che hanno luogo nell' intestino, oppure per decomposizione di albumina, come nelle nefriti acute, allora abbiamo le forme deliranti,

violenti, convulsive. E all' esame del sistema nervoso con i metodi Golgi e Nissl, negli avvelenamenti lenti, trovò rigonfiamento torbido delle cellule, cromatolisi ed omogeneizzazione del nucleo e della cellula; in quelli acuti: spezzettamenti dei prolungamenti, invasione di nuclei nello spazio pericellulare.

Tutte queste esperienze confermate, anche dalle ricerche di Oddi e anche da queste mie che seguono, indicano l' esistenza della concomitanza di gravi disturbi psichici colla presenza di acetone nell' organismo, e che la sua produzione ha una notevole influenza sulla funzionalità dei centri nervosi e sulle alterazioni consecutive.

L'acetone quindi ha veramente un potere tossico, e non si trova nell' organismo se non in determinati stati patologici.

Uno di questi stati, certamente importante come nel caso del diabete, è lo stato epilettico, e credo che sia la causa della gravità e della morte in questa sindrome morbosa.

Oggi molti e diversi sono i metodi indicati per la ricerca dell'acetone nell'orina, ma il migliore rimane ancora il metodo Lieben, più o meno modificato: esso corrisponde esattamente allo scopo ed è superiore al metodo dell' ossido di mercurio (Reynod) e a quello col nitro prussiato di sodio (Legal). Originariamente consiste nella reazione che si ottiene nel distillato dell' orina con l' idrato potassico e la soluzione di ioduro di potassio, reazione che in presenza di acetone porta alla formazione di iodoformio, coi relativi caratteri di colore gialletto, odore intenso caratteristico, esame chimico che può essere completato con l' osservazione microscopica dei cristalli caratteristici.

Io distillavo 200 c. c. di orine, previamente acidificate con a. fosforico, e raccoglievo i primi 10 cmc. di distillato, a cui aggiungevo una goccia di soluzione 10 0[0 di idrato sodico e quindi 10 gocce di soluzione Lugol.

Quando nel distillato non vi era acetone, si intorbidava un poco il liquido ma rimaneva biancastro; invece con le minime quantità di iodoformio, che si formavano, quando nell'orina si notava la presenza di acetone, si aveva un colorito gialletto, e il caratteristico odore di iodoformio; si aveva in seguito precipitato più o meno abbondante secondo la quantità di acetone.

Ho esaminato le orine di epilettici dopo qualche attacco convulsivo più o meno grave e prolungato, e di quelli caduti in stato epilet-

tico; mantengo questa distinzione nel descrivere sommariamente i risultati ottenuti; sommariamnte perchè reputo inutile la descrizione dettagliata del caso clinico e dell'accesso.

Nel gran numero di epilettici ricoverati in questo Manicomio ho scelto quelli nei quali era facile la raccolta delle orine, e in cui non si notavano alterazioni di altri organi: erano per lo più di giovanile età, ed avevano frequenti gli attacchi di epilessia. Essi avevano tutti l'impronta somatica della malattia, e in quasi tutti si notava la deficienza dei poteri mentali.

Ho fatto raccogliere l'orina dopo avvenuto l'attacco, e poteva essere ciò fatto due o tre ore dopo, quando l'infermo si era in qualche modo rimesso e poteva obbedire al desiderio dell'infermiere. Ripetevo l'esame dell'orina quasi sempre cinque o sei ore dopo, e alle volte anche l'indomani. I risultati, eccetto qualche rara eccezione, furono costanti. Nell'esame dell'orina notavo anche altri caratteri chimici e facevo sempre l'esame dell'albumina, del glucosio: ma di queste sostanze non ho creduto tenerne alcun conto, perchè non inficiavano i risultati inerenti all'argomento da me trattato.

Ho voluto esporre in quadro sinottico i risultati ottenuti per brevità di compilazione.

Dati personali	Dati dell'affezione		Dati sull'orina	Risultati dell'esame	Osservazioni
F. R. di anni 35.	Epilessia con deficienza mentale. Robusta, discretamente nutrita. Ha frequenti attacchi epilettici con disturbi psichici consecutivi.	1.°	Urina emessa dopo due ore circa dall' attacco.	Tracce di jodoformio.	
		2.°	Orina emessa dopo un'ora.	id.	
		3.°	Orina emessa dopo sei ore circa dall'avvento di tre attacchi epilettici occorsi dopo pochi intervalli l'un dall' altro.	Discreta quantità di precipitato	
		4.°	Orina emessa dopo quattro ore di un attacco epilettico.	Traccie di jodoformio.	
F. G. di anni 21	Epilessia con deficiente potere mentale. Frequenti attacchi convulsivi con episodi confusionali post-accessuali.	1.°	Orina emessa tre ore circa dopo un attacco.	Traccie di jodoformio.	
		2.°	Orina emessa cinque ore dopo un attacco di epilessia.	Minima quantità di jodoformio.	
		3.°	Orina emessa nel periodo intervallare (da tre giorni non si manifestava alcun attacco).	Reazione negativa.	
De R. di anni 28	Epilessia con imbecillismo. Attacchi epilettici quotidiani ripetuti. Ha avuto stati di male epilettico varie volte. Spesso è presa da agitazione.	1.°	Di questa inferma l' esame delle orine si è ripetuto spesse volte e in vario tempo e sempre con reazione positiva.	Discreta quantità di precipitato.	Anche nei piccoli periodi intervallari, che non raggiungono mai le 24 ore, si ha la reazione positiva.

Dati personali	Dati dell' infezione		Dati sull' orina	Risultati dell' esame	Osservazioni
P. I. di anni 24	Epilessia con imbecillismo. È ricoverata fin dall'età di anni 7 ed ha frequenti gli attacchi convulsivi, resi tali anche dall'avanzarsi dell'età pubere. Spesso cade in agitazione ed ha periodi confusionali post-accessuali.	1.°	Esame di orina emessa dopo circa 3 ore dall'attacco.	Tracce di iodoformio.	
		2.°	Esame di orina presa dopo sei ore circa dall'attacco.	negativo	
		3.°	Esame di orina emessa nel periodo intervallare.	negativo	
B. C. di anni 23	Epilessia con deficiente sviluppo mentale. Frequenti accessi convulsivi con disordini psichici notevoli di eccitamenti. Tranquilla nei periodi intervallari.	1.°	Analisi di orina presa circa tre ore dopo la convulsione.	Tracce	
		2.°	Esame di orina emessa circa cinque ore dopo l'attacco.	Tracce	
		3.°	Esame di orina in un periodo intervallare.	negativo	
P. C. di anni 28	Psicosi epilettica. Le convulsioni sono molto rare, quindi é tranquilla e ordinata. L'attacco si limita a delle vertigini con perdita di coscienza di qualche minuto. Non arriva alla fase convulsiva.	1.°	Esame dell'orina dopo uno di questi piccoli attacchi.	negativo	
G. C. di anni 40	Psicosi epilettica. Ha carattere epilettico. Spesso agitata. Rare le convulsioni.	1.°	Esame di orina in un periodo intervallare.	negativo	

DATI PERSONALI	DATI DELL' INFEZIONE	DATI SULL' ORINA		RISULTATI DELL' ESAME	OSSERVAZIONI
G. G. di anni 25.	Psicosi epilettica con frequenti attacchi seguiti da disordini psichici.	1.°	Esame di orina emessa circa tre ore dopo l'accesso.	Tracce di jodoformio.	
		2.°	Esame di orina emessa circa sette ore dall'accesso.	id.	
		3.°	Esame di orina di un periodo intervallare.	Negativo	
D. A. di anni 26	Psicosi epilettica. D' ordinario tranquilla con periodi di eccitamento. Frequenti attacchi epilettici con disturbi psichici consecutivi.	1.°	Esame di orina circa tre ore dopo un attacco.	Tracce di iodoformio.	
I. G. di anni 20	Epilessifrenia Frequenti accessi epilettici quotidiani, che rendono eccitabile l' infermo.	1.°	Esame di orina	id.	
R. C. di anni 20	Epilessia con imbecillismo. Notevole stato di deficienza mentale. Ha convulsioni epilettiche frequenti, senza accompagnamento di disordini psichici.	1.°	Esame di orina dopo tre ore dall'attacco.	Presenza di jodoformio.	
		2.°	Esame di orina dopo dodici ore circa dall'accesso.	Negativo	
F. A. di anni 23	Epilessia con imbecillismo. Attacchi epilettici frequenti seguiti da lievi disordini psichici.	1.°	Esame di orina dopo circa 2 ore dalla convulsione	Tracce di jodoformio.	
		2.°	Esame di orina la dimane dello accesso.	Negativo	

Dati personali	Dadi dell' infezione	Dati sull' orina		Risultati dell'esame	Osservazioni
C. G. di ann. 34.	Frenosi epilettica. Deficienza mentale notevole. Frequenti accessi di epilessia.	1.°	Esame di orina poche ore dopo l'attacco.	Tracce di jodoformio.	
		2.°	Esame di orina cinque ore circa dopo la convuls.	Persistono le tracce di jodoformio.	
F. N. di anni 22.	Epilessia con deficiente sviluppo psichico. Lunghissimi periodi intervallari: ogni quattro o cinque mesi ha ripetuti accessi di epilessia.	1.°	Esame di orina dopo cinque o sei attacchi di epilessia.	Negativo	L' inferma da sei mesi non ha avuto convulsioni.
		2.°	Esame di orina dopo tre giorni in cui gli attacchi si sono ripetuti cinque o sei al giorno.	Presenza di acetone.	
		3.°	Esame di orina dopo cessati gli attacchi.	Negativo	
D. C.	Frenosi epilettica. Ha frequenti gli attacchi.	1.°	Esame di orina circa venti ore dopo due accessi di epilessia.	id.	

Casi di stati epilettici.

1.° V. G. di anni 24 affetto da epilessia.

Ha rari gli accessi convulsivi, spesso è preso da equivalenti psichici.

Colpito da stato epilettico, con frequenti attacchi accompagnati da forte agitazione e da disordini psicomotori.

In seguito ebbe anche fenomeni di iperemia cerebrale, coma profondo; giunse in grave stato rimettendosi dopo molti giorni.

Dal diario ricavo quanto segue:

14 — 1. Colpito da stato epilettico da due giorni, le convulsioni si succedono frequentissime.

Orina di aspetto limpido, di colorito giallo, senza albume, né glucosio.

Grande precipitato di iodoformio.

15 — 1. Lo stato generale dell' infermo si è aggravato: lo stupore è pronunziato.

L'orina all'esame delle sostanze comuni non presenta nulla di anormale.

Grande quantità di acetone; il precipitato di iodoformio ricavato è più del triplo della quantità ottenuta il giorno precedente.

16 — 1. Non ha avuto più convulsioni, ma é pronunziato lo stato comatoso.

Nell'orina si nota sempre abbondante acetone.

17 — 1. Comincia a migliorare: lo stato stuporoso è meno pronunziato, l' infermo comincia a dire qualche parola, a manifestare qualche desiderio.

All' esame dell'orina si comincia a notare la diminuzione nella quantità del precipitato di iodoformio.

18 — 1. Continua il miglioramento, diminuisce la quantità di precipitato di iodoformio.

19 — 1. L' infermo migliora sempre, anzi è stato lievemente eccitato. É pochissima la quantità di acetone riscontrata nelle orine.

20 — 1. È cessato il periodo stup oroso: l'infermo può dirsi guarito dello stato epilettico.

Non si nota precipitato di iodoformio, il liquido presenta ancora l'odore intenso caratteristico di questa sostanza.

2.° D. F. di anni 12. Ha frequenti attacchi di epilessia ripetuti, che arrivano quasi allo stato epilettico, questo dura solo uno o due giorni, ed ha poi periodi intervallari di molti giorni.

20 — 4. È colpito da violenti ripetuti attacchi di epilessia, dal giorno precedente.

All'esame dell'acetone nell'orina si nota un precipitato di iodoformio.

21 — 4. Anche ieri ha avuto attacchi epilettici, ma meno frequenti.

Nell'orina v' è presenza di acetone.

22 — 4. Non ha avuto più convulsioni.

Nell'orina si riscontrano tracce di acetone.

23 — 4. È tranquillo non ha più lo stato confusionale dei giorni precedenti.

Nell' orina non si riscontra acetone.

3.° F. G. di anni 27. Epilessia e sordomutismo.

1 — 4. L'infermo è venuto alla mia osservazione quando la prima fase dello stato epilettico era cessato: era stato colpito da frequentissimi, violenti accessi epilettici, che ne misero in pericolo la vita. Ora si trova in uno stato profondo di stupore, e l'orina deve estrarsi col catetere; all'esame si trova abbondante precipitato di iodoformio.

Questo precipitato si mantiene così abbondante per quattro giorni consecutivi, in cui l'ammalato era nello stato di coma.

5 — 4. L'infermo comincia ad uscire dallo stato comatoso, si fa capire con le gesta. Nell'orina è minore la quantità di iodoformio.

4.° L. L. di anni 23. Imbecillismo con epilessia. Ha frequenti attacchi convulsivi da ieri.

13 — 4. Stato epilettico con convulsioni violenti.

L'esame dell'orina fa riscontrare acetone abbondante.

16 — 4. Qualche convulsione con stato stuporoso.

Nell'orina precipitato più abbondante di iodoformio.

17 — 4. Comincia a migliorare nelle condizioni generali.

È minore nell'esame dell'orina il precipitato di iodoformio.

19 — 4. Ritornato nello stato primitivo.

Appena tracce di acetone nell'orina.

5 D. B. di anni 26. Epilessia con imbecillismo. Ha sempre frequenti attacchi con stati di stupore e di agitazione. Sono pure relativamente frequenti gli stati di male.

10 — 3. Colpito da stato epilettico. Frequenti gli accessi. Non si può raccogliere l'orina.

11 — 3. Notevole lo stato stuporoso.

Non si può raccogliere col catetere la quantità necessaria di orina per le ricerche dell'acetone.

11 — 3. Lievemente migliorato nelle condizioni generali.

L'orina esaminata rileva discreta quantità di acetone, e la presenza di albumina.

13 — 3. Continua il miglioramento; è quasi cessato lo stato di stupore, l'infermo volontariamente dice qualche parola. Nell'orina si nota maggiore quantità di acetone.

15 — 3. Guarito dall'attacco di male epilettico: non si riscontra acetone.

I risultati ottenuti appaiono dimostrativi perchè sono stati costanti sempre, e concordi in gran parte con quelli di altri autori, pur essendo stati eseguiti con altri scopi e rilevati incidentalmente.

Costantemente si è avuto l'esito negativo della reazione di iodoformio nelle orine di epilettici esaminate nel periodo intervallare; nè vale il dire che in qualche caso si son potute riscontrare delle tracce non solo in esse ma anche in individui normali, perchè l'esito positivo avrebbe importanza nel solo caso in cui si fossero esaminate diligentemente le condizioni generali dell'individuo; in quanto che, come vedremo, l'acetonuria è indice di un perturbamento generale dell'organismo.

Costanti sono i risultati negli esami delle orine di epilettici dopo l'attacco convulsivo: nei casi lievi, negli stati convulsivi più o meno gravi, la presenza e la quantità di precipitato di iodoformio sono in ragione diretta del numero delle convulsioni, e della gravità e durata dell'accesso.

Ma più notevoli ed importanti sono i risultati dell'esame delle orine nello stato epilettico.

Quivi grande quantità di precipitato di iodoformio, indice della forte produzione di acetone, sempre in rapporto con lo stato dell'infermo, con il numero degli accessi succedentesi e specialmente con lo stato comatoso consecutivo.

Che la produzione di acetone nell'organismo sia dovuto a questo stato, l'indica la sua presenza dopo iniziatosi l'attacco di stato epilettico, la sua produzione maggiore man mano che l'attacco progredisce, si fa più grave e subentra lo stato comatoso, con la inevitabile conseguenza delle difficoltà dell'alimentazione: stato che spesso porta alla morte per acetonemia, che si va formando, e che nei trattati viene indicata con quell'odore caratteristico nauseante, che gl'infermi incominciano ad emanare man mano che si avanza lo stato comatoso, odore di acetone, che è indice dell'avvelenamento dell'organismo per questa sostanza.

La prova ne è che il miglioramento dello stato epilettico, pur permanendo lo stato comatoso e gravi sempre le condizioni generali, è dato dalla diminuzione del precipitato di iodoformio, che si ottiene con l'esame delle orine: il medico può dire che l'infermo supererà l'attacco di stato epilettico dall'esame dell'acetone fatto giornalmente nelle orine, avviandosi l'infermo alla guarigione quando comincerà a diminuire la produzione di acetone.

Fatto importantissimo perchè indica che la morte per stato epilettico non è dovuta agli accessi di convulsione, non all'iperemia meningea, nè alle emorragie puntiformi cerebrali; non agli ostacoli mec-

canici circolatori pel fatto della contrazione muscolare, nè all' esaurimento consecutivo allo stato di contrazione tonica dei muscoli, nè alla difettosa fatica cellulare; lo stato comatoso epilettico e la morte son dovuti invece all'avvelenamento dell'organismo per acetone.

Son dolente di manifestare una opinione differente da quella del mio amico e compagno di lavoro il Prof. Esposito, sostenuta nel pregevole lavoro già citato: poichè se è possibile che le lievi alterazioni degli elementi nervosi, quale *una modica e limitata cromatolisi con leggero edema cellulare* e a lesioni vasali del carattere della forte iniezione e delle emorragie microscopiche siano spiegabili con le non molto favorevoli condizioni della circolazione cerebrale; non credo che la morte sia dovuta poi all'ostacolo meccanico opposto dalle convulsioni dei *muscoli toracici* alla circolazione del sangue, e quindi alla difettosa ossigenazione del sangue durante il ripetersi degli accessi convulsivi.

Lo indica lo stato comatoso prolungato, che segue all'attacco vero di stato epilettico, ai parossismi convulsivi, stato grave di avvelenamento, che può durare molti giorni, e che in qualche caso è persistito anche per mesi.

Ma altri argomenti militano in favore della teoria autotossica della morte in stato epilettico, e specialmente dell'acetonemia.

Nella eclampsia infantile Baginski ha trovato talora la presenza di acetone nell'orina, ed ha anche osservato, come nell'epilessia, che l'acetone mancava immediatamente prima dell'accesso.

In un caso di tetania d'origine gastro-intestinale Rinaldi riscontrò pure acetone nelle orine: e ritiene anzi che la patogenesi della tetania possa spiegarsi anche con l'acetonemia.

Anche nello sviluppo dell'epilessia bravais-jacksoniana venne invocato come fattore dell'attacco epilettico l'autointossicazione per prodotti tossici di disassimilazione, ritenuti nel sangue per insufficienza di eliminazione renale; e questo elemento si è invocato per chiarire lo sviluppo dell'epilessia nell'uremia. Similmente, avendo Lépine trovato acetonemia in alcuni casi di disturbi gastro-intestinale, con accidenti convulsivi, ha pure addebitato all'acetonemia lo sviluppo di questi attacchi di epilessia parziale.

Io stesso ho potuto notare dei casi di stato epilettico con acetonuria, seguiti anche da morte, e consecutivi alla scomparsa dei fenomeni diarroici dovuti a catarro intestinale.

Pur recentemente Meynert crede che le alterazioni di struttura

nel cervello siano solamente secondarie: infatti quando avviene presto la morte esse non si rinvengono, invece arrivano a manifestarsi quando, prolungatasi la malattia, si ha iperemia e stasi. Egli crede che il coma epilettico sia di *natura non ancora definita* ma che sia dovuto ad un'autointossicazione simile al coma diabetico.

Ora, lo si sa, il coma del diabete è esclusivamente dovuto all'acetonemia.

Dimostrato così che non l'attacco epilettico, non il parossismo convulsivo, come da alcuni si crede, e come tendono a dimostrare tutte le ricerche, che si vanno accumulando sull'autointossicazione, ma lo stato post-epilettico è dovuto all'azione tossica dell'acetone, bisognerebbe dimostrare il meccanismo di produzione.

Abbiamo accennato all'importante lavoro del LUSTIG, il quale dimostrò sperimentalmente la grande influenza che il plesso celiaco ha nella produzione di questa sostanza sull'organismo.

Per analogia si potrebbe dire che il gran simpatico subisce nell'epilessia delle alterazioni tali, per cui la funzionalità dei varî organi è abnorme, donde anche l'abnorme produzione di sostanze durante l'attacco epilettico.

A parte questa ed altre teorie, che mi astengo dal citare, io credo più probabile fra tutte la spiegazione di BOERI e REALE.

Questi autori credono che la condizione generale capace di promuovere l'acetonemia sarebbe quella stessa che produce l'ossaluria: la formazione eccessiva di acidi nell'organismo; vale a dire *il diminuito scambio gassoso e la depressione dei processi ossidativi dei tessuti.* L'esperimento contribuisce ad avvalorare questa spiegazione. Essi, ostacolando nei cani la ventilazione polmonare, mercè l'applicazione al torace dei busti alla SAYRE, ottennero notevoli modificazioni dei processi catabolici dei tessuti, caratterizzate da accresciuto consumo di proteici, eccessiva formazione di acidi, acetonuria.

Questa ed altre recenti ricerche tendono a dimostrare che l'acetone è un prodotto anormale dei processi di nutrizione cellulare; e si comprende anche la sua maggiore tossicità, di fronte ai risultati sperimentali sugli animali, perchè svolge la sua azione sull'organismo allo stato nascente.

LORENZ da alcuni studi propri fu condotto a ritenere l'intossicazione da acetone di origine intestinale: ma REALE e BOERI ammettono che il tubo gastro-enterico sia una via di eliminazione anzicchè di formazione dell'acetone; e che gli ordinari prodotti tossici, che in

esso si generano in condizioni patologiche, alterino col loro assorbimento la nutrizione del protoplasma cellulare, donde la intossicazione generale, estrinsecantesi con l'acetonemia e quindi l'acidificazione dell'organismo.

È a questo anello che si può riannodare l'opinione di alcuni, fra i quali quella di Esposito, più sopra riportata, che l'ostacolo meccanico della circolazione, per effetto delle convulsioni dei muscoli toracici, durante l'attacco epilettico, e quindi la difettosa ossigenazione del sangue, contribuisce alla formazione di alterazioni cellulari, ma soggiungo io per avvelenamento di sostanze di nuova produzione, per i diminuiti processi ossidativi, principale fra tutti l'acetone.

Questa opinione è convalidata da altri studi fatti su altre condizioni organiche anormali, per esempio, durante l'anestesia cloroformica.

È stato notato da moltissimi la comparsa di acetone nelle orine nei casi di profonda anestesia; questo stato venne da molti, e quasi unanimamente, addebbitato all'azione tossica del cloroformio (Longo, Luzzatto, Beher, Aiello, Maubeau, Taylor, ecc.).

Or bene, questo stato acetonico non è invece derivato dalla diminuita o sospesa funzionalità dei varii organi durante l'anestesia? Non é stato forse sperimentalmente dimostrata la diminuita ossidazione dei tessuti durante questo stato, precisamente come nel momento dell'attacco epilettico?

Altre ragioni, e queste anatomo-patologiche, ci dimostrano come l'acetonemia abbia una grande influenza sulla morte degli epilettici. Già Lustig aveva notato delle notevoli lesioni renali *eziologicamente* collegate all'acetonuria: e le ha dimostrato provocando l'avvelenamento acetonico con la somministrazione ai conigli di acetone, sia per bocca che per inalazioni: ebbene le riscontrò identiche a quelle consecutive all'acetonemia prodotta dall'estirpazione del plesso celiaco.

Stabilito quindi, che l'avvelenamento per acetone produce in particolar modo alterazioni renali, e notevoli, non è probabile che le alterazioni nei reni degli epilettici, riscontrate al tavolo anatomico, siano dovuti al lento avvelenamento per acetone nei casi cronici, ad un avvelenamento più acuto di questa sostanza, quando l'infermo è morto in stato di male?

Dalle ricerche statistiche da me compiute in questo Manicomio, e sul principio di questo lavoro riportate, ho fatto appositamente rilevare l'importanza della frequenza delle alterazioni renali negli epilettici.

Su 37 epilettici, morti in stato di male, in venti si avevano lesioni renali gravi, in tre casi v' era tubercolosi renale, in due stasi, in quattordici si riscontrò nefrite interstiziale cronica.

E non è probabile anche, continuando la dimostrazione del mio assunto, che alle nefriti parenchimatose, che si osservano nell' avvelenamento per cloroformio, vi contribuisca, e in gran parte, l'avvelenamento per acetone? Io credo di sì.

Porta questo mio lavoro un contributo alla prevalente dottrina dell'autointossicazione nella patogenesi dell'epilessia?

Come bene hanno fatto osservare Alessi e Pieri, la disarmonia morfologica, che ha fatto dire al Lombroso che « l'epilettico è formato da due metà di personalità diverse incollate una sull'altra » e per cui Bianchi scrisse che l'asimmetria è la più costante e la più intensa caratteristica dell'epilessia, si trova da per tutto: nella costituzione morfologica cerebrale, nella distribuzione delle note anatomo-patologiche, nelle manifestazioni motrici e psichiche delle forme acute, nelle note croniche della personalità. Ora questa disarmonia somatica può e deve ripercuotersi sulla funzionalità dei varii organi; e, dati i risultati della fisiologia sperimentale sulla grande importanza che ha l'influenza del sistema nervoso su tutte le funzioni organiche, è evidente che queste non debbano essere normali, essendo anomalo il funzionamento di tutto il sistema nervoso dell' epilettico; il che, mentre da una parte ci spiega come tutte le funzioni nell'epilettico siano oscillanti, mobili; dall'altra ci può indicare perchè le funzioni, anche di tutto il ricambio materiale, siano anch'esse anormali.

La geniale dottrina del Bouchard sulle autointossicazioni dell'organismo ha preso proporzioni così vaste, per le importanti ricerche di chimica biologica che si succedono, da non avere ancora confini ben delineati: si è potuto soltanto affermare che esse possano venir causate: 1.° da prodotti normali di rifiuto, che di solito vengono eliminati, e che invece son trattenuti nell'organismo; 2.° dalla formazione nel corpo di prodotti di un anormale metabolismo; 3.° da una iperproduzione di prodotti catabolici normali.

La più importante delle autointossicazioni in Patologia è certamente quella acida, che si ha quando vi è completo impedimento o limitazione nella eliminazione dei prodotti acidi normali dell' organismo; o quando si producono abbondanti prodotti acidi intermedi, che

vengono riassorbiti. Questi acidi possono formarsi in grande quantità per rallentata ossidazione dei tessuti (mancanza di ossigeno); in seguito ad incapacità funzionale del fegato, non venendo neutralizzati dall'ammoniaca, che di continuo si forma. Notevole fra questi acidi è l'acetone, la cui importanza biologica si va sempre più accentuando: esso è la causa della morte nel coma diabetico; probabilmente è pure la causa della rapida morte nel delirio acuto, che studi recenti vogliono dovuti ad autointossicazione, la quale, secondo MEYNERT, è un' autointossicazione simile al coma diabetico, e che è la causa della morte nel coma epilettico, durante lo stato di male, come vien dimostrato da queste mie ricerche, le quali mi permettono, quindi, di fare le seguenti

CONCLUSIONI

Data la costituzione somaticamente anormale, asimmetrica dell'epilettico, questa deve necessariamente influire su tutte le funzioni organiche e quindi anche sul ricambio materiale.

Lasciando impregiudicate le varie teorie emesse per spiegare l'attacco epilettico, ciascuna delle quali ha ancora bisogno di ulteriori e minute ricerche, è dimostrato che l'attacco epilettico non è dovuto ad una intossicazione dell'organismo per acetone.

Durante l'attacco epilettico, per dato e fatto delle convulsioni clono-toniche, per la diminuita funzionalità dei varii organi, avviene una produzione anormale di sostanze tossiche e quindi un'autointossicazione dell'organismo, variabile secondo il numero, l'intensità e la durata dell'accesso stesso; secondo le condizioni biologiche dell'individuo colpito, causate dall'epilessia stessa (frequenza e durata degli attacchi).

Durante il ripetersi degli attacchi epilettici, e, specialmente durante lo stato di male; quest'autointossicazione è pronunziata per lo svolgersi continuo di acetone, e per la sua qualità tossica, che è più marcata, perchè agisce sull'organismo allo stato nascente. Sicchè all'acetonuria consecutiva all'attacco epilettico, succede nello stato di male l'acetonemia. Gran parte della sindrome dello stato epilettico, specialmente i sintomi che precedono la morte, e la morte stessa, sono dovuti all'acetonemia.

BIBLIOGRAFIA

Agostini — Azione del bromuro di K. nell'epilessia. — Riv. sperim. di Freniatria 1891 p. 132.

Spratling — Comment meurent les epileptiques in Arch. de Neurologie 1903.

Landerer — in Psichiatrie Wochenschr. 1900.

S. Iomasini — L'epilessia come autointossicazione. Palermo 1901.

I. F. Munson — Is epilepsy a disease of metabolis ? — The lournal of Nervous and Mental disease — maggio 1907.

Maudsley — Fisiologia e patologia dello spirito — Napoli 1872.

L. Luciani — Fisiologia dell'uomo 1905.

L. Bianchi — Trattato di Psichiatria — Napoli 1900.

E. Ianzi — Trattato di Psichiatria. Firenze 1901.

Bobertson — Patology of mental diseases 1900.

Tirelli — Sull'anat. patol. degli elem. nervosi in diverse frenosi e spec. nella frenosi epilettica — Annali di Freniatria 1895.

Rispal et Anglade — Etat des cellules nerv. chez un'èpileptique mort en état de mal. Congr. des med. alien. et neur. Angers 1898.

G. Esposito — Sull'istopatologia della corteccia cerebrale nello stato epilettico. Il Manicomio 1907.

E. Belmondo — Ricerche sperimentali intorno all'influenza del cervello sul ricambio azotato. Riv. di Freniatria 1896.

O. Modica e Audenino — Azione dei lobi prefrontali sugli scambi organici. Archivio di Psichiatria. Vol. XXII f. IV.

D' Abundo — Sull'azione tossica e battericida del sangue degli alienati. Riv. sper. di Freniatria 1892.

Bleile — The urine in epilepsy. New Jork med. Journ. 1897.

Lepin — Sur l'acide phosphorique dans l'urine des epileptiques. C. R. Soc. Biol. 1884.

Lepin et Jacquin — Sur l'escretion de l'acide phosphorique par l'orine ecc. Rev. de Mèd. et Chir. 1879.

Rivano — Ricerche sull'elim. dell'ac. fosforico per l'urina degli epilettici. Annali di Freniatria. Vol. I.

Voisin — Dict. de med. et Chir. Art. Epilep. Vol. XII.

S. Tonnini — Le epilessie. Torino Bocca 1890.

Cristiani — Sui prodotti del ricambio materiale nelle alienazioni mentali.

Roncoroni — Sul ricambio materiale ecc. dei pellagrosi. Archivio di Psichiatria 1891.

Alessi e Pieri -- Le oscillazioni del ricambio materiale nell' epilettico. Il Manicomio 1902.

Stefani — Peso specifico delle urine nelle malattie mentali. Riv. sper. di Freniatria 1894.

Cristiani — Sui prodotti del ricambio materiale nelle alienazioni mentali. Arch. di Psichiatria 1890.

Voisin et Petit — Les autointoxications dans l'epilepsie. Arch. de Neurol. 1895.

Mairet — Recerch. sur l'elimination de l'acide phosphorique ecc. Paris 1884.

E. Rossi — Ricerche analitiche sopra la presenza della creatinina nelle orine degli epilettici. Annali di Freniatria, luglio 1894.

Besta — Ricerche sopra il potere coagulante del sangue negli epilettici. Riforma medica 1907.

Haig — Acid uric und epilesie. Neurol. Centralblatt 1888.

Krainsky — Stoffrechselstörungen bei Epileptiseer Obon. psich. 1896.

L. Ferrannini — Autointossicazione ed epilessia. Annali di Nevrologia 1898.

Biernacki — Beitrag zur Aetiologie des neuroses. Neurol. Centralblatt 1898.

Lui — Del ricambio materiale negli alienati. Riv. Sperim. di Freniatria 1895.

Guidi — Sulla patogenesi della epilessia. Riv. sperim. di Freniatria 1908.

A. Cantani — Sull'acetonemia. Il Morgagni 1864.

G. v. Jaksch — Neuen Beobac. uber Acetonurie und Diaceturie. Verh. d. II. Congresses f. inn. Med. 1883.

P. Zuezck — Mittheilung von Stoffvechseluntersuchungen bei abstenirenden Geisteskranken Arch. f. Psich. 1884. Bd. XV.

R. Siemens — Absolute Carenglines Paranoischen. Neurol. Centralblatt Cd. III 884.

H. Laher — Zur Acetonurie Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. LXII. 1885.

R. v. Jaksch — Ueber Acetonurie und Diaceturie. Berlin 1885.

F. Rivano — Sulla Acetonuria negli alienati. Annali di Freniatria. Torino 1888.

A. Marro — Sull'acetonemia come causa non infrequente di morte fra gli alienati. Annali di Freniatria Torino 1888.

Boeck et Slosse — De la presence de l'acètone dans l'urine des aliénes — Gand. 1891.

Brugia — Tossicità urinaria negli alienati. Riforma medica 1892.

Luzenberger — Sull' avvelenamento sperimentale per acetone. Congresso della Soc. freniatrica ital. in Napoli 1888.

Albertoni — Azione e metamorfosi di alcune sostanze nell' organismo in rapporto colla patogenesi dell'acetonemia e del diabete. Rivista di chimica medica vol. II. f. IV.

Moscatelli — Sopra l'esistenza dell'acetone nell'orina fisiologica dell'uomo. Archivio delle scienze mediche 1886.

A. Lustig — Sugli effetti dell'estirpazione del plesso celiaco. Archivio per le scienze mediche. Vol. XIII 1888.

Reale e Boeri — Manuale di chimica clinica. Napoli 1894.

Reale E. — Le autointossicazioni. Archivio delle specialità medico-chirurgiche Napoli 1895.

Baginski — citat. dal Ballet — Traitè de Médecine mèntale.

Rinaldi — Archivio ital. di Clinica medica 1882.

Meynert — Zeitschrift f. Psychiatrie 1888.

Lépine — citato in Raymond — Leçons sur les maladies du systeme nerveuse Paris 1896.

Manicomio Provinciale di Como
Direttore Prof. Francesco Del Greco

SULL' IMPORTANZA DELL' ELEMENTO INDIVIDUALE NELLA SINDROME DI UN CASO DI PARALISI PROGRESSIVA

PEL

D.r Dario Valtorta
Aiuto

A costituire una sindrome psicopatica concorrono elementi psicologici riferibili ai più diversi aspetti individuali: età, sesso, elemento etnico ecc. Gli è in special modo nelle " pazzie vesaniche ,, che appare evidente come i particolari fenomeni psico-organici individuali si esagerino, e si dissolvano, determinando nei diversi quadri clinici differenze caratteristiche.

Nella paralisi progressiva, la quale è psicosi, che meno si scosta dalle neuropatie, ed in cui il fattore predisposizione è meno notevole, ha ancora maggior valore il poter rintracciare anche attraverso alle manifestazioni tipiche, classiche, e sino ad un certo punto uniformi, quei particolari elementi, che sono invece legati a condizioni fisse od originarie della personalità.

E però io ritengo opportuno riferire su un caso clinico della malattia nel cui speciale quadro sindromico ho potuto mettere in evidenza la fisionomia individuale ed etnica.

***

S. Francesco d'anni 40 da Crichi (Catanzaro) ammogliato — Vice Commissario di Pubblica Sicurezza a Como.

Negli ascendenti e nei collaterali diretti si sarebbero verificati fenomeni psicopatici, e si sarebbero anche osservate manifestazioni chiaramente neurotiche: isterismo ed epilessia.

Giovanetto soffrì di sonnambulismo. In seguito alle più accurate notizie assunte, potemmo escludere in modo assoluto la sifilide.

Sortì da natura ingegno vivace, e si fece avanti nel mondo, vincendo difficoltà enormi, sprovvisto di mezzi com'era, e senz'appoggi. Così ottenne la laurea in Giurisprudenza, entrò nella Pubblica Sicurezza, e vi guadagnò presto una posizione importante. Da un ricorso, che al primo manifestarsi

della psicopatia l'ammalato stendeva a GIOLITTI, togliamo quella parte biografica che, come dato anamnestico, ha secondo noi un certo interesse.

Descritte le peripezie della sua giovinezza, quando doveva lottare « fra il pane e lo studio » fra l'officina del falegname e la scuola, continua: . . . . »

« Mi presentai agli esami di maestro elementare di grado superiore « e fui ammesso in seguito ad autorizzazione del Ministero perchè non a- « vevo 19 anni. Dopo qualche mese entrai come maestro in un istituto pri- « vato, ed alla sera sorvegliavo i giovani allo studio. C'era Vincenzo Scerbo, « che faceva la I.ª ginnasio e qualche volta sentiva il bisogno di andar « dal direttore per difficoltà di latino. Ciò disturbava gli altri. Allora per « eliminare l'inconveniente cercai mettermi in grado di aiutarlo, e presi « a studiare il latino:

« Sono le sei e mezzo della sera
« E mi son posto accanto al tavolino . . . .
« La squilla annunzia del Duomo vicino
« la fin di un mesto dì di primavera.
« Giro gli occhi a me intorno, e la schiera
« vedo queta studiar col capo chino,
« e solo accanto a me dorme Nannino
« in aria aristocratica e severa.
« Del BARCO gli esercizî di latino
« leggo e sono abbastanza progredito,
« i nomi declinare so benino.
« Ma cosa fate là, BRUNO, ANGELINO?
« Vi fa sonno, signori, abbiamo capito!
« vi noto, e resterete senza vino. . . . . .

« Alla fine dell'anno conseguii la licenza ginnasiale. Nel novembre « 1884 i miei compatrioti mi chiamarono ad aprire una scuola a Simeri, « un paesello di 4000 abitanti, dove raccolsi circa 40 alunni. Fu quello il « periodo poetico della mia vita e della maggiore attività intellettuale. Il « mio buon amico DOMENICO CARBONE, Ispettore scolastico, può descrivere « l'entusiasmo col quale adempivo l'alto compito di educatore. Intanto mi « preparavo per la licenza liceale, incoraggiato da VINCENZO VIVALDI e « GIAMBATTISTA CARUSO, fiori maestosi cresciuti nella dolce terra di Ca- « labria.

« Nelle ore di riposo qualche verso »:

« Ecco: declina il giorno, il sol già languido
« s'asconde all'orizzonte fra le nebbie,
« e dalla parte opposta a passi rapidi
« la notte si precipita.

« Del suo fosco mantello si ricoprono
« le candide colline, e i piani ruvidi,
« a poco a poco l'ultimo crepuscolo
« cede alle larghe tenebre.
« La chiesetta vicina a tocchi flebili
« suona l' Avemaria: laggiù si odono
« d' una canzon d' amor le note flebili,
« che si vanno ad estinguere . . .

***

« D' una casetta il sole vespertino
« imbianca la facciata: un uom canuto
« davanti all' uscio a un trespolo é seduto,
« colle mani fra i ginocchi e il capo chino.
« Ha marrone la giubba di velluto
« le calze di un color chiaro turchino
« con bollette le scarpe. Un cardellino
« dalla pergola al sole manda un saluto.
« Sovra una pietra accanto al vecchio siede
« una bella e gentile giovinetta,
« cui la freschezza della rosa cede.
« Ha roseo il fazzoletto: è ben vestita,
« fra le candide mani ha la calzetta,
« e ride nel bel fiore della vita.

***

« Passino gli anni e i fiori s'appassiscano
« delle gote tue rosee, o bionda Erminia,
« passino gli anni e sulla fronte appaiano
« le rughe malinconiche . . . .
« che importa? Io t'amerò: tu bell'hai l'anima,
« Come un raggio dei crepuscoli,
« e al par di questi eternamente giovine
« sarai per me Erminia.
« Perdano gli occhi tuoi quei lampi tremoli,
« che l' intime del cor fibre commovono,
« non abbia più la bocca tua incantevole,
« quel sorriso ineffabile . . . . .
« Che importa ? . . . . . .

« Nel luglio 1887 al Liceo di Catanzaro, 18 del collegio, e 18 ester-
« ni concorremmo agli esami di licenza: 11 dei primi, ed io solo dei
« secondi fummo approvati.

« Agli esami di latino diedero a tradurre un' orazione di Cicerone, « caldeggiante la rielezione di Cesare a Console delle Gallie. A un certo « punto Cicerone diceva: « La natura ha messo le Alpi a difesa dell'Italia « contro i barbari - *que licet iam si obsideant* - Finchè Cesare è nelle Gal- « lie Roma non ha da temere ».

« Nessuno traduceva quella frase e dopo lunga attesa il Professore « suggerì: — È lecito che le cose rimangano come sono. — Tutti l'accol- « sero, ma a me parve troppo ordinaria quell' espressione in bocca di « Cicerone e tradussi: « si abbassano pure ormai le Alpi! » e incontrai il « plauso di tutta la Commissione.

« Agli esami orali per un apprezzamento intorno ad un classico del « 500, che non piacque al professore d' italiano, questi rimaneva pensie- « roso per la mia approvazione. Allora quel nobile ingegno di Larussa, « figlio del senatore, avvicinatosi al presidente della Commissione disse: « — Se S . . . . che ha studiato senza maestri non sarà approvato, tutti « ci ritireremo per protesta. —

« Il presidente Coban, che come provveditore conosceva la storia del- « la mia vita di maestro, rispose ad alta voce:

« — S. . . . 25 soldi per la marca! —

« Applausi nella sala. Gli amici che mi conoscevano da vicino diceva- « no: — S. . . . . è un fiore che germoglia senz' acqua — Mi scrissi poi « alla facoltà di legge a Napoli e mi laureai a Torino.

« Agli esami di filosofia del Diritto il prof. Miraglia mi fece tre que- « siti che svolsi senza pretese.

« L'approvo, mi disse, ma son sicuro che non ha letto alcun libro. « Grozio a quale nazionalità appartiene? —

« Io risposi: E lei deve approvare i libri che son tutti, tranne il Gro- « zio, ma specialmente il suo, pieni di ciarle, o me? Grozio appartiene « all' Umanità. —

« Mi strinse la mano con un sorriso.

« A Torino il primo anno feci l'alunno alla sezione Dora e terminai « le prove coll' informazione che in me « esisteva la stoffa dell'ottimo fun- « zionario ». Venni poscia assegnato al gabinetto della questura, ed ebbi « colà la fortuna d' andar completando la mia educazione nello specchio « luminoso di Chiapello Simone la mente più eletta, ed il cuore più sin- « cero che io abbia conosciuto durante la mia vita. Tre traslochi vennero « revocati di ufficio: sei questori mi qualificarono ottimo . . . . . il Com- « misario Gervasi scrisse l'ultimo anno di me:

« Desidero che rimanga a Torino, tanto è il vantaggio che reca all'uffi- « cio l'opera sua. Durante quest'anno si è sempre distinto, ma special- « mente durante lo sciopero generale, si è centuplicato per corrispondere « alla fiducia in lui riposta, e che meritamente gode.

« È uno specialista della polizia politica. Calabrese di nascita, ma da « molti anni residente a Torino, conosce tutti i sovversivi, ne sa la storia, « non li abbandona un momento, li scava dove vanno a rifugiarsi. Stima- « to, rispettato da essi per la sua vivace intelligenza, pei suoi modi insi- « nuanti e conciliativi, riesce ad infiltrarsi in ogni pubblica riunione, e « molte volte a dissuadere propositi violenti.

« Non ha bisogno di spinte per fare il suo dovere, e se vi sono as- « sembramenti o dimostrazioni, corre spontaneo, sempre sorridente e intre- « pido fra i nuclei dei dimostranti, riuscendo spesso a farsi ascoltare, con- « sigliando la calma e la prudenza. In una parola é un funzionario prezioso, « che deve essere tenuto nella maggiore considerazione.

« Il numero dei servizî da me compiuti è straordinario. Ne cito due:

« Per indurre l'anarchico Papini, discepolo di Raavachol, ad emigrare « a spese del governo di Tripoli, dormii con lui nella stessa camera di al- « bergo a Genova.

« Durante lo sciopero generale io solo avevo libero ingresso nel Palazzo « degli operai, ed io solo trattai con Nofri e Morgari la cessazione dello « sciopero. Fra tutti i funzionari del Regno non ce n'è un altro che pos- « sa starmi accanto, epperò chiedo di essere proposto alla Direzione gene- « rale della Pubblca Sicurezza ».

« Ultimamente si preparava con uno studio indefesso agli esami di « Commissario.

In seguito a tutto questo surmenage intellettuale e fisico, ed a contrarietá ed avversità rilevanti, incominciò a farsi man mano inadatto all'ambiente in cui viveva. Ebbe dissidi con colleghi e superiori; negli ultimi tempi non gli mancarono richiami e punizioni gravissime (trasloco da Torino a Como per essergli sfuggito il socialista Nanni; sospensione dello stipendio per due mesi; esclusione dagli esami di commissario).

Dissapori e punizioni finirono in un delirio di persecuzione inserito ad un evidentissimo delirio di grandezza, col corteo di vivaci, svariatissimi disturbi psico-sensoriali. Apparve ben presto in preda ad una generale sovraccitazione psichica con sentimento esaltato della propria personalità, della propria capacità e fortuna.

Nell'accogliere le censure fu sempre pronto a far vivaci proteste. Dalla lettura di talune di esse risulta evidente lo stato malfermo delle sue condizioni mentali, l'episodio amenziale, il lavorio allucinatorio, il degradamento intellettuale, che apriva la scena della malattia:

Al Giornale l'Avanti — Roma.

« Annunziate al Mondo Civile che l'incidente della fuga del Nanni e « delle persecuzioni ch'io ebbi dal ministero Fortis sono state tutte prov-

« videnziali. Se quello non veniva, io sarei finito in un ospedale a Torino,
« perchè il cervello si era reso troppo pesante e non poteva resistere oltre.

« A Como invece colle frequentissime escursioni di 10 o 12 ore per
« le vette più alte, mi sono poco per volta tranquillizzato e sono arrivato
« forse al massimo sviluppo del mio cervello, il quale ha una ricchezza
« troppo straordinaria.

« Dite al Mondo che ieri io credetti di essere Ispettore Generale della
« Pubblica Sicurezza, e compilai un mondo di telegrammi, coi quali abolivo
« Prefetture, rivelavo un mondo di cose nuove, abolivo nientemeno che la
« propaganda antimilitarista, gli scioperi, le barriere doganali, chiudevo le
« Caserme, licenziavo le Guardie ed i Carabinieri, i Ministri, davo ordini
« ai Prefetti in servizio ed in pensione di restituire all'erario dello Stato
« tutte le somme percepite dal 1860 in qua, e a titolo di spese segrete,
« fondi per spionaggio militare, e un mondo di altre cose.

« Per l'ordine pubblico in tutto il regno io solo bastavo. Quando mi
« si annunziava che un corteo di centinaia di migliaia di clericali, anarchici,
« socialisti od altri, si muoveva in qualunque direzione, io facevo telefonare
« a Morgari per sua norma.

« Per amore di brevità ometto tutto il resto: solo accenno al mio in-
« contro con sua Maestà il Re, proveniente da Napoli. Il Re mi abbracció,
« dicendo: « Eureka!

« Stasera sono stato colto da due accessi elettrici ai ginocchi, che mi
« hanno gettato per terra, e poscia ho fatto appena a tempo di prendere
« appunti sul fiume di idee, che si sforzavano ad uscire dal mio cervello.

« Ho dei momenti di grandi visioni. Dall'Africa faccio un passo e
« vado in America, e mi soffermo a discutere cogli anarchici di Paterson
« sulle teorie dello Stirner. Ieri sera all'ultima ora sono andato al Polo
« Nord, e ho visto fin dove arrivò il Duca; ma il tratto inesplorato è ancora
« vastissimo. Quando sono annoiato, faccio un passo sino all'Inferno, e
« mi soffermo a parlare con Farinata o con altri.

« L'altra sera ho visto Dante, che deplorava non avesse Lucifero per
« anco adottata la lingua inglese nell'Inferno. E tutto in un colpo passò
« a grande velocità un grosso gruppo di anarchici, che cantavano a
« squarciagola una ballata del Tupper intitolata « Never give Hup! » Non
« darti mai vinto.

« Dante sorrise ed esclamò: « L'Inglese trionfa! » e mi strinse cordial-
« mente la mano.

« Dopo pochi passi vedo Beatrice, che si trastullava con Miss Agnes
« Champ, un tesoro di finezza che arrichisce Torino, e risplende lumino-
« samente sul corso Re Umberto 32. Quanto prima sarà stampato in edi-
« zione straordinaria di lusso il ricorso, che avevo preparato per Giolitti, e
« un cenno biografico della mia vita. Per ora dico che da falegname divenni

« avvocato, senza frequentare le scuole. L'edizione sarà venduta a prezzo
« modestissimo, ed il ricavo servirá per una scuola femminile superiore a
« Como, tutta di marmo fino, intitolata: Teresa S. . . Intanto vi annuncio
« che oggi telegrafo al Re che faccia chiudere le Carceri. le Caserme, i
« domicilî coatti, che licenzi le guardie ed i Carabinieri, le barriere doga-
« nali e daziarie, i Ministri, gli impiegati, e tutto il resto dei salariati e de-
« gli stipendiati. E guai se non vedo una persona che non vada ben ve-
« stita e non mangi carne e uova. Infine vi avverto che farò impiantare
« in tutte le località dell'Italia doccie che funzionino tutto l'anno con ac-
« qua fredda.

« In una sola lezione vi farò sapere il grande tesoro che è la doccia,
« la quale annulla le Universitá di Medicina, chiude le fabbriche dei me-
« dicinali, aumenta la bellezza, la forza, la finezza e tutto quello che c'é
« al mondo di grande.

« Un'ultima notizia:

« Chi è che illumina il mio cervello?

« Una donnina che ha fatto finta di morire a 27 anni e mi adorava.

« Essa è tutto il giorno con me, ma mi lascia completa libertà di
« azione.

« Quando faccio qualche cosetta che non è perfetta , ella corregge e
« se ne ride. Bambinona!

« Sentite: Io finisco il discorso con una preghiera che voglio sia ascol-
« tata. Non offendete la mia modestia, che è il sentimento più delicato
« ch'io gelosamente custodisco , e perciò non voglio nessun applauso.
« Chi applaude mi fa dispiacere.

« L'uomo che applaude ha il cervello piccolo! Il mio cervello non
« vuole sentire battute di mano.

« Signori : vi annuncio infine che appena posso , faccio un passo a
« Pietroburgo per scambiare una parola collo Czar e farla finita con le do-
« minazioni in tutto il mondo civile.

« Attenzione neh! Un paio d'ore al giorno vi voglio vedere al lavoro
« nei grandi stabilimenti. Date intanto l'addio a tutte le case che vedete: io
« voglio palazzi sontuosi ove trionfa la doccia. Addio, carbone, ti saluto!
« Addio gas, ti saluto! Tutto procederà a forza elettrica. Addio acque delle
« cisterne, addio paludi! Tutti dovranno bere acqua delle Alpi e dei monti
« più alti degli Appennini. Avverto che gli utensili di cucina li voglio tutti
« di oro e così addio verderame!

« Per quanto riguarda l'educazione fisica posso dire che da molti anni,
« prendendo la doccia fredda d'inverno e d'estate mi sono emancipato dai
« medici e dalle medicine.

***

Entrato in manicomio si mostrò singolarmente eccitabile ed incoerente.

Man mano cadde in preda a grave delirio polimorfo.

Leggiamo nella relazione clinica:

Crede di essere il più grande uomo, il Messia, il direttore generale della Pubblica Sicurezza, professa principî instabilissimi, manifestantisi con idee mobilissime.

Ha esagerata la cenestesi: crede possa compiere i più grandi lavori; afferma che il suo cervello sa risolvere qualsiasi quesito, per soggiungere poi subito che non sa fare che il commissario. . . . Parla di anarchia e di socialismo molto disordinatamente, accenna a persecuzioni cui sarebbe stato fatto segno; si propone di riordinare la società.

Va incontro a svariatissime allucinazioni visive ed acustiche, senza una tonalità affettiva determinata: Si abbandona ad atti molteplici, contradditorî. La lucidità si rivela viva, ma transitoria, naufragando nel disordine di tutto lo spirito.

Pupille torpide alla luce, quasi rigide: c'è disuguaglianza e midriasi. Riflessi rotulei disuguali e leggermente accentuati. Accenni al clono del ginocchio: tremore alle dita delle mani; contrazioni fibrillari ai muscoli mimici. Sitofobo, spesso lurido — Segni di atonia intestinale: apiressia.

« Per circa cinque mesi i sintomi che dominano il quadro clinico si
« possono riassumere così: Viva eccitabilità: umore euforico-collerico oscil-
« lante; inquietudine psico-motoria più o meno accentuata: atteggiamenti
« aggressivi ed impulsività di atti; tendenza a lacerare; disturbi psico-sensorî
« caotici, vivacissimi; idee deliranti a contenuto persecutorio-grandioso pa-
« radossali, assai mobili; sitofobia ostinata; mutacismo, o chiaccherio scon-
« nesso. . . . .

« Non mangia da 50 anni. Gli eroi non mangiano per vivere. È ne-
« cessario che il medico gli porti tutte le verdure del mercato di Torino,
« perchè ei deve assumersi la direzione di tutti gli orti. . . . Spie interna-
« zionali lo circondano . . . prendono fotografie delle sue varie pose. Ha
« colloquî col Duca degli Abbruzzi, coll'imperatore Guglielmo. Gli telefo-
« na il Re che concede la grazia a tutti i carcerati, perchè l'Avv. S. — di-
« rettore genenerale della P. S. ha vinto la lotta contro il traffico. . . . .

« S. . . non muore, perché ha un cervello di cristallo. . . É sempre
« mente eletta, quantunque gli abbian inserite sulle proprie due orecchie
« dell'asino — (doppio otoematoma),

« Monellacci, anarchici sovversivi lo circondano, lo minacciano, l'in-
« sultano. . . . . — Telegrafa al Re « Mondo civile, Elena di Montenegro
« e Gennaro di Savoia, a nome di tutte le Potenze mi autorizzano ad in-
« vitarvi a fissare la vostra abitazione al « Plinius Grand Hotel ». . . . .
« Si telegrafi a Giolitti che la rivoluzione è sedata. . . . .

« Esige 50 sigari al giorno di mezzo quintale l'uno, 50 pacchi di
« virginia, toscani, napoletani; 100 bottiglie di Fernet Branca, di cognac,
« di marsala. Non vuole articoli nel naso: non si mangia dal naso. . . . .
« La cannola di gomma serve per usi intimi. . . . . Vale un milione di
« sterline. . . . . .

Diamo un esempio tipico di vera confusione ideativa e del linguaggio:

« Qui nel riposo del centro vivranno iniziate quanto prima le relazioni
« finali, pubbliche, internazionali; delle lingue dei vari regni e studi, che
« da OMERO vanno a SHAKESPEARE sullo scibile classico. Nella camera del
« lavoro di Milano verrà concentrato tutto il movimento della stampa del
« mondo, con carri basati su rotaie in andata e ritorno di un milione di
« chilometri. Io pregherei di disporre che domani arrivi qui tutta la gio-
« ventù, alla quale ho preparato il Plinius Hotel per studî intellettuali, per
« ogni ramo di sport, per lo sviluppo del cervello dalla forma classica di
« cristallo.

« Ho altri milioni di centri, ove farò trasportare le grandi sedi del
« movimento e del traffico in tutte le centrali sedi del Mondo, sull'altipiano
« del Bisbino e del Generoso. Dunque compagni! Al lavoro efficace! Il
« cervello si sviluppa col moto. . . . . . .

« NELSON dice questo; io dico diversamente. Perchè ecco la grande
« finale dello studio: per aderire all'invito del comitato internazionale vi
« ho tracciato la tragedia: ho preso impegno di fondare sul Bisbino il
« vero Congresso Internazionale del Mondo, e vi prego di concentrare
« entro la notte comunicando subito il grande rifugio a 10,000,000 di
« chilometri sotto gli auspici del cervello ferreo di GUGLIELMO, il quale ha
« dato prova di essere dotato di cervello della maggior potenza del mon-
« do, racchiudendo in germi la scienza e l'arte, che il mondo civile ed
« incivile può sviluppare col motto: « Non darti mai vinto! » Finis coronat
« opus.

« Trasferisco stasera il mio studio ove ho stabilito la delegazione in-
« ternazionale, finale del collegio, coi rappresentanti del congresso biblico,
« tenutosi in tutte le regioni del mondo.

« Raccolgo a Lecco il magazzino della scienza classica con un mi-
« lione di metri cubi di scibile sulla finale a mio favore confidata da
« OMERO Giovanni.

« Su in alto i cuori. Tutte le forme metriche del lavoro al tramonto!
« da ASSALONNE a SAULLE. Al nuovo progetto del mondo moderno, civile

« ed incivile che è finito a Troia stamane su 10 altri esemplarii di fale-
« gnami S. . . . . sopra la base analitica di un miliardo di parenti che
« comprende il fenomeno luminoso. All'ultima costellazione del Cervino e
« nel comune di Simeri e Crichi metto la patria dell'eroe e del cervello
« di S. . . . . . .

« NAPOLEONE me lo disse stanotte: « S. . . . . diamoci del tu! » Tu
« sei l'eroe caduto in un milione di fondi, il mistero, che ha fatto germo-
« gliare i giganti del cervello. . . . .

∴

Dopo circa cinque mesi il quadro sindromico descritto va man mano facendosi assai meno complesso e colorito. L'ammalato viene riordinandosi nel contegno e negli atti; assume spontaneamente il cibo, dorme regolarmente la notte, appare migliorato nelle condizioni generali di salute.

Uscito da un simile stato, tacciono in lui i disturbi psico-sensoriali; le assurde idee deliranti sono respinte verso il fondo del suo orizzonte mentale. Resta un'euforia spiccatissima, nessuna coscienza, nessun distinto ricordo dell'accesso psicopatico sofferto, una completa astrazione dalla realtà della sua posizione effettiva, la povertà assoluta della vita sentimentale, una condizione di instabilità psichica accentuatissima, un profondo indebolimento mentale, accanto allo sfacelo progressivo di un'imaginazione vivace.

I sintomi fisici rimangono quelli già ricordati: leggero inceppo della loquela, tremori nel tendere le dita delle mani a scoppio; riflessi patellari aumentati; pupille asimmetriche e torpidi alla reazione luminosa; scosse fibrillari ai muscoli mimici ed alla lingua.

∴

Facciamo ora alcune considerazioni:

In soggetto ereditariamente predisposto il continuo surmenage intellettuale e fisico venne man mano preparando il terreno allo sviluppo della forma psicopatica: le vive emozioni, i forti dispiaceri, quali cause occasionali, determinarono lo scoppio di quella malattia, che forse si sarebbe altrimenti manifestata più tardi, compiendo il suo fatale ciclo evolutivo.

Nello S. . . . . parrebbe ragionevole escludere in modo assoluto

l'infezione celtica; vi accenniamo soltanto: sulla importanza della sifilide nella genesi della paralisi progressiva, in modo esauriente, con argomentazioni inoppugnabili e larghe statistiche ha scritto magistralmente il BIANCHI. Noi intendiamo piuttosto richiamare l'attenzioue sul modo speciale di esordire dell'accesso psicopatico nell'ammalato, di cui esponemmo di proposito con una certa diffusione la storia.

La paralisi progressiva al primo manifestarsi, si appalesa spesso in modo evidente con azioni morbose peculiari, che hanno carattere regressivo, e come tali già rientrano nella cerchia del processo demenziale. Sono abitudini viziose, che non si sviluppano per un pervertimento cosciente dei criteri etici, ma erompono improvvise, fatali, ingenue per la paralisi repentina, fugace o duratura, di un sentimento, di una nozione, di una virtù. Quindi i caratteristici attentati al pudore, la puerile prodigalità assurda, la cleptomania, le stravaganze asistematiche ecc.

Nel nostro caso è un quadro confusionale, sono vivacissime, persistenti falsificazioni illusorie ed allucinatorie delle funzioni percettive, che insieme a tutta una apparente iperattività, e ad impulsività di atti, aprono e dominano la sindrome psicopatica, anche allorchè il processo demenziale già si mostra inoltrato.

∴

La confusione mentale, il lavorio allucinatorio, l'astenia psico-motrice, la tendenza alle azioni impulsive, denotano in clinica il gruppo delle « psicosi da esaurimento. » D'ordinario queste forme presentano assieme ai fenomeni psichici un notevole decadimento nella nutrizione generale, perchè quelle stesse condizioni di leso trofismo, che hanno generato i fatti morbosi mentali, hanno depresse in totalità le funzioni nutritive.

Vero è che in alcuni casi i sintomi psicopatici appaiono in certo modo isolati dallo stato somatico generale, punto depresso, e nell'assieme soddisfacente. Un tal fatto si osserva, quando la causa esterna patogena non è grave, e nell'organismo dell'infermo, per condizioni ereditarie o congenite, v'ha disposizione ai disturbi psicopatici; sì che la mente si disequilibra ai menomi stimoli, prima che se ne veggano gli effetti in tutto l'organismo. In questi predisposti la personalità non si è svolta in modo normale, ma di spesso presenta deviazioni od arresti, e la insorgenza di allucinazioni, deliri, impulsi, non importa poi

un grave mutamento nell' assieme somato - psichico individuale, ab origine adattato ad una funzione incongrua ed a tipo inferiore.

Se non che potrebbero condizioni di carattere e temperamento, al di fuori d' ogni influenza ereditaria o morbosa, soltanto come variazioni di fenomeni normali, rinforzare in un accesso psicopatico alcuni sintomi, in modo da seguirne la particolare sindrome ricordata, la quale simulerebbe lesioni assai più gravi di quelle che vi fossero in realtà.

Or appunto nel nostro ammalato si debbono ammettere, quali fattori predisponenti, note psicologiche speciali, le quali vengono a rinforzare notevolmente lo stato di confusione allucinatoria. —

Nei meridionali d' Italia il Del Greco ha osservato maggiore vivacità imaginativa, tendenza aumentata alle subite estrinsecazioni motorie, certa instabilità nel lavorio nervoso cerebrale, che va da periodi di attività intensa e concentrata, ad altri di stanchezza ed apatia transitoria: sicchè non meraviglia se in quelle popolazioni le psicopatie si presentino con grande frequenza più ricche di sintomi sensoriali ed impulsivi, ed in generale assumano appunto la forma delle psicosi da esaurimento.

Si ammette per la paralisi progressiva una predisposizione di invalidità nervosa originaria, che prepara alla particolare neuropsicopatia, tant' è vero ch' essa non si osserva nei popoli in cui vi ha diffusione e della sifilide e di intossicazione di altro genere (Cinesi, Giapponesi, Arabi, Abissini ecc.) Ed il processo della malattia si inizierebbe pur sempre nelle cellule nervose, punto su cui agiscono sia le intossicazioni, sia l' aumentata fatica, sia l' elemento predisponente. Checchè se ne pensi della patogenesi, è dimostrata clinicamente l'efficacia di certa predisposizione e certa varietà di decorso forse non tutta addebitabile ai fatti tossici sopraggiunti: il che dimostra che il fattore individuale ha anch' esso il suo valore.

Nel nostro caso lo troviamo evidente in tutta la sindrome dalla forma allucinatoria vivissima, dai delirii, che per quanto assurdi, mobili e grandiosi portano sempre l' impronta di un ingegno e di una imaginazione vivace, e nello stesso tempo di una personalità espansiva.

Che l' elemento individuale ed etnico concorra per sua parte a delineare i vari fenomeni di cui risulta una sindrome psicopatica lo si può dedurre anche da un fatto di indole generale. Poichè se è vero che la pazzia rappresenta un processo di dissoluzione o deviazione di tutta la personalità, il piano secondo cui quest'ultima è svolta, ed

i peculiari elementi, di cui essa risulta quale individualità distinta, debbono per tale processo rivelarsi qua e là, ora isolati e definiti, ora vastamente associati, o compresi nei ruderi e scorie, che lascia il progredire del morbo. Quest'ultimo infine non è che un processo di analisi, e quantunque segua linee sue proprie, nè ricalchi a passo a passo le vie percorse dalla evoluzione progressiva, nondimeno nel suo operare non può scindersi dall'azione di quelle stesse leggi, che hanno retto il lavorio di genesi e formazione di tutta la personalità, e quindi ne lascia intuire molte riposte formazioni e stadî da quella percorsi.

Il rintracciare fra le manifestazioni di una psicopatia gli elementi determinati da condizioni fisse od originarie della individualità, è studio analogo a quello della psicopatologia etnica.

Il Bianchi mette in relazione le pazzie sensoriali ed asteniche, sì frequenti nella clinica di Napoli, col carattere del popolo in cui si sviluppano; il Morselli fra i Liguri attivi ed intraprendenti, nota in prevalenza neuropatie di eccitamento; il Bouveret fra gli Americani del Nord, le forme steniche della nevrastenia; il Meilhon trova negli Arabi alienati di mente, tendenza ad atti violenti ed alle idee mistiche; il Babcock osserva fra i Negri, (i quali come nota il Corre sono nel delinquere violenti e brutali), dominare le forme di psicopatia con prevalenza di sintomi motori: il Van Brero nei Malesi di poco salda struttura mentale, osserva l'amenza e stati epilettoidi, forse ancora per abuso di narcotici; il Corre vede negli Indù quel misto di delirî erotico-religiosi, raffinate crudeltà, obnubilamento della coscienza, estasi ed esaltamenti proprî del carattere esauribile, intelligente e feroce di quegli asiatici; il Pilcz nota che fra gli Ebrei abbondano le neurastenie, le lipemanie, le forme periodiche, le paranoie, le degenerazioni sessuali; sono rare invece le epilessie e le imbecillità; il Kraepelin fra gli alienati indigeni a Giava, non osserva nessun caso di paralisi progressiva; frequente la demenza precoce, rara la frenosi maniaco-depressiva, abbastanza frequenti stati che con maggiore o minore verosimiglianza si possono ascrivere alla epilessia psichica (Amok - Làtah) nella demenza precoce trova che sono assai scarsi i sintomi catatonici (specie l'eccitamento caratteristico), le allucinazioni uditive, i delirî, le fasi di depressione iniziale, ed assai meno gravi gli stati terminali, che presentano per lo più la forma di una particolare confusione con goffaggine di contegno; anche nella frenosi maniaco-depressiva le diverse fasi si appalesano affatto transitorie, a sintomatologia assai povera ed uniforme; Nina Rodriguez rileva che presso i Negri, la pa-

ranoia è poco ricca di sviluppi deliranti: il delirio tende ad alterarne profondamente la condotta, risente della personalità poco evoluta di quegli individui, e del loro carattere impulsivo, tanto che spesso sono dei criminali.......

È tutto un importante studio quello di riconnettere la psicologia normale alla patologica sulla base del carattere e del temperamento, e, in ultima analisi, trova ragione nel fatto che ogni fenomeno morboso è la risultante della convergenza di fattori interni ed esterni: nelle comuni malattie organiche, la sintomatologia è sostenuta dalla reazione fisiologica individuale all' influenza nociva dell' elemento patogeno; nell' accesso psicopatico dalla speciale reazione fisio - psicologica, che può rivelarci tutti gli aspetti della personalità, quelli originari, e gli altri acquisiti in un determinato ambiente sociale.

Como — Giugno 1908.

BIBLIOGRAFIA

Del Greco — Elemento etnico e psicopatie negli Italiani del mezzogiorno. Atti della Società Romana di Antropologia. V. III, fasc. I, 1895.

id. — Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel mezzogiorno d' Italia. Annali di Nevrologia. Anno XIII, fasc. I.

id. — Sulle varie forme di confusione mentale. Studio clinico psicologico. Nocera Inferiore, a. 1897.

id. — Sull' unità fondamentale dei processi psicopatici. Il Manicomio, a. XVIII, 1902.

id. — Sulla psicologia della invenzione. Rivista di Filosofia, Pedagogia e Scienze affini, an. II, vol. III, num. 1 - 2.

Bianchi — Relazione alla Commissione Amministrativa del Manicomio Provinc. di Napoli, 1891 - 93.

Morselli — Primo rendiconto statistico sommario dell'Ambulatorio per le malattie nervose. Dal Supplemento al Policlinico 1896.

Bouveret — La Neurasthenie. Baillière, Paris 1895.

Meilhon — L' aliénation mentale chez les Arabes. Ann. Médico - psych. 1896.

Babcock — La Folie chez les nègres (The alienist and neurologist) dagli Annales Médico - psych. 1897.

Van Brero — Ueber das sogenannte Latah, eine in Niederländisch Ostindien verkommende Neurose Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1895.

— Einiges über die Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malaüschen Archipels. Allgemeine Zeit. ecc. 1896.

A. Corre — L' Ethnografie criminelle. Paris 1894.

Pilcz — Sur les psychoses chez les Juifs. Annales médico - psych. 1902.

Nina Rodriguez — La Paranoia chez les Negres. Archives d'Anthrop. Criminal. Ottobre - Novembre 1903.

E. Kraepelin — Vergleichende Psychiatrie (Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie , 1904.

RITMO DEL MOTO E PAZZIA PERIODICA (1)

PEL

DOTT. GUCCI RAFFAELLO

Da quando il KANT col suo criticismo profondo e geniale escludeva la possibilità della metafisica, il campo della filosofia si andò man mano restringendo alle pure cognizioni scientifiche, acquistando in esattezza quando perdeva in estensione, venendo a rinunziare alla soluzione dei più ardui problemi, che fino allora avevano tormentato la mente umana.

Lo SPENCER nei suoi « Primi principî » ritenne essere la filosofia solo la scienza che studia le cognizioni della più alta generalità, e giunse dalla fusione di queste leggi principalissime a quella mirabile sintesi che è la legge di evoluzione, legge che il DARWIN aveva contemporaneamente a lui scoperta, ma solo dal lato biologico. Lo SPENCER arriva alla teoria evolutiva attraverso le leggi della indistruttibilità della materia, della persistenza della forza, della trasformazione ed equivalenza delle diverse forze fra loro, della continuità e ritmicità del moto. Queste leggi esaminate nelle più minute loro particolarità, sia nel mondo inorganico, nell' organico ed in quello che il filosofo inglese chiama super-organico, dai fatti più disparati giungono a formare un insieme perfettamente omogeneo, il quale nella sua sconfinata estensione, come tutte le cose veramente grandi, è semplice e facile ad afferrarsi dalla mente anche di uno non molto portato ad elevate speculazioni.

Non è mio scopo di fermarmi sulla intera teoria, ma solo sulla legge di continuità e di ritmicità del moto, che è quella che fa al caso mio, insieme ad altra legge più secondaria, della quale accennerò a luogo opportuno.

Che non esista movimento se non a forma di ritmo, è cosa facile a dimostrarsi, e basta osservare le ondulazioni di una bandiera ad o-

(1) Questo lavoro fu letto alla Società Filoiatrica Fiorentina nella sua adunanza del dì 11 Aprile 1908.

gni lieve spirare di brezza, l' alzarsi e successivo abbassarsi delle messi e del fieno, che producono sì svariati e tavolta mirabili ondeggiamenti nei campi e nei prati, per esserne subito persuasi. Tutti sappiamo dalla fisica che il suono non è originato da altro che dalle ripetute vibrazioni dell' aria, e ricordiamo l'alternato disporsi della sabbia in seguito alle oscillazioni della lastra, prodotte da un archetto di violino.

Il nostro sistema planetario ci offre dimostrazioni matematiche di questa legge, e senza entrare in quelle meno evidenti citerò i movimenti ciclici e le rotazioni dei pianeti, ed il ritorno periodico delle comete.

Il nostro organismo offre esempi molto tipici della ritmicità del moto nelle rivoluzioni cardiache, nelle contrazioni peristaltiche ed antiperistaltiche dell'intestino, nei movimenti ispiratori ed espiratori del polmone, nelle alternative di attività giornaliera e di riposo che avviene nel sonno.

Anche le condizioni morbose sono di riprova di questa legge generale, ed infatti le malattie decorrono sempre con periodi alternati di peggioramento e di allievamento, e molte si manifestano in modo del tutto periodico, come ne abbiamo un bellissimo esempio nella febbre malarica, che appunto per tal maniera di decorso viene chiamata intermittente, e presenta ritmi differenti, ma che si sogliono ripetere a tipo sempre uguale fra loro.

Oltre questi ritmi regolari, ricopio a parola dallo Spencer « Che « ve ne sono di quelli più lunghi e relativamente irregolari; cioè le alter- « native di maggiore o minor vigore che anche la gente sana risente. « Queste oscillazioni sono così inevitabili, che anche gli uomini che la- « vorano non possono rimanere stazionari nel loro più alto grado di po- « tenza, ma quando l' hanno raggiunto, cominciano a retrocedere.

Gli stati mentali, le emozioni del pari procedono in simile forma, ed a questo proposito mi piace riportare le seguenti parole del medesimo autore: « Lo stesso è delle ondulazioni mentali di maggiore « lunghezza; quelle che si compiono in giorni, mesi ed anni. A inter- « valli cambiamo di umore. Alcune persone hanno le loro epoche di « vivacità e di depressione. Vi sono periodi di ardore al lavoro, se- « guiti da periodi di inattività, dei tempi in cui certi soggetti o gu- « sti sono seguiti con amore, alternati da periodi in cui questi sog- « getti e questi gusti sono negletti. Riguardo alle lente oscillazioni, « l'unica osservazione da fare è che, essendo sottoposte a numerose in- « fluenze, esse sono comparativamente irregolari. »

Sino a qui la filosofia (1).

∴

La psichiatria nel suo studio ci dimostra che le malattie mentali non hanno un andamento uniforme e continuo, come il loro prevalente carattere di cronicità darebbe a sospettare.

Anche le forme ad andamento più lungo, non sono mai nel loro decorso del tutto eguali quantunque si tratti di alterazioni cerebrali che hanno raggiunto tal grado da ritenersi sostanzialmente invariabili. Si vedono infatti malati stare agitati per anni ed anni e poi calmarsi e rimanere in tale nuovo stato per un tempo abbastanza lungo, e tanto il periodo di eccitamento come quello di calma relativa presentare più brevi ma pure abbastanza marcate oscillazioni. I paranoici stessi, che prima si chiamavano *fissati*, quasi presentassero immutabile alterazione di mente, e che sono i malati i quali hanno un decorso più cronico e regolare nel loro delirio, non sogliono sfuggire alla legge generale. Si vedono infatti avere lunghi periodi nei quali, malgrado la assurdità delle loro convinzioni, tengono un contengno abbastanza corretto, che li permette senza notevoli inconvenienti di rimanere nella società, ed a questi succedono stati di inquietudine, che alla inazione primitiva sostituiscono una attività esuberante e molesta, talvolta così pericolosa che costringe di ricorrere alla loro reclusione. Nel manicomio stesso, dove se non sono curati vengono certamente sottratti a tutte le nocive influenze dell' ambiente esterno, hanno momenti nei quali tormentano il medico in un modo addirittura incredibile ed altri nei quali sono più remissivi ed educati; hanno periodi di lavoro eccessivo manuale o mentale, susseguiti da periodi di inerzia completa. Un paranoico lucidissimo, tale che fu ritenuto guarito e rimase nel Manicomio solo per una certa condizione che fu messa al conseguimento della sua libertà, durante dei mesi lavora per quattro persone poi nei mesi successivi per una somma rilevante, per qualsivoglia gradito regalo non

(1) Avevo già scritto il lavoro quando ho appreso che HECKEL scrive che la periodicità è la espressione di una legge estesa alla più parte dei fenomeni cosmici e che VASCHIDE, il VUGPOS, lo SWOBADA pure ammettono la periodicità come una caratteristica della vita. In ogni modo nessuno avanti lo SPENCER aveva riconosciuto e formulato il fenomeno nel suo vero e completo significato. Vedi: Dr B. PAILAS. Periodicité et alternance psychiques. Psichoses periodiques. Journal de Neurologie 1907 N. 9, 10 e 11.

alzerebbe un dito per lavorare. Un altro ancora ha avuto lunghi anni di eccitamento allucinatorio con speciali idee deliranti di persecuzione da parte dei *fumisti* e della *pocciona*, ora da lungo tempo è fuori e malgrado gli abusi continui di alcool e di donne si mantiene calmo e libero nel sensorio.

Un demente paranoide dal contegno bizzarro, che si chiudeva nel più ostinato silenzio e guardava quelli che lo avvicinavano con marcata diffidenza, stava a letto nella sua stanza per intere settimane poi a scadenza fissa un giorno si alzava e stava fuori per lunghe ore dallo Stabilimento, durante le quali passeggiava continuamente, tanto che l' infermiere, il quale doveva sorvegliarlo, durava fatica a tenergli dietro e ritornava tutto sfinito dalla corsa fatta.

Io ho conosciuto un impiegato ferroviario, che morì poi d' una paralisi progressiva, il quale, quando ancor non presentava segni manifesti della sua malattia, aveva delle sfuriate nelle quali vestiva e teneva abitudini e modi da straccione, per quanto la sua posizione sociale glielo poteva consentire, e queste erano susseguite da altre nelle quali vestiva tutto elegante e frequentava la miglior società. La follia mestruale poi ha tale andamento da non poter negarsi che abbia un decorso completamente a ritmo.

Una demente senile ogni tanti giorni ha un periodo di confusione mentale e di agitazione tale, che per tre o quattro giorni bisogna isolarla in una cella. Non finirei più se volessi portare nuovi esempi.

Anche le malattie mentali, a decorso acuto e con breve durata, presentano da un giorno all' altro delle alternative incessanti di aggravamento e di miglioramento, e quasi mai decorrono a tipo continuo, il quale si ritrova solo nei casi nei quali si hanno tali profonde alterazioni del cervello che la vita psichica è addirittura annientata, e non si possono aver più ritmi di un moto che ha del tutto cessato di esistere.

Il Marcè nel suo trattato di malattie mentali ha bene descritto questo tipo remittente nell' andamento delle psicosi acute ed a questo proposito scrive: « A une vive exaltation, quelle que soit sa durée, « succède en général une calme relative; apres une journée très mau- « vaise, un malade agité passe souvent une nuit tranquille et recipro- « quement, après une journée calme, les chances sons grandes pour que « la nuit se passe sans sommeil ».

Se il decorso dunque di tutte le malattie mentali è quasi sempre discontinuo vi è poi una forma di psicosi la quale senz'altro prende l'ap-

pellativo di intermittente, e la quale nella periodicità delle sue manifestazioni ritrova il suo andamento e la sua essenza. Il succedersi di periodi di agitazione psichica a periodi di depressione era stato osservato anticamente dal WILLIS e dal CHIARUGI. Il GRIESINGER notò la sua frequenza, ed il FALRET nel 1851 insistendo su questo carattere di ripetuta e continua alternativa propose per il primo il termine di *follia circolare*, distinguendola dalla pazzia intermittente, nella quale si rinnuovava solo una stessa forma o di mania o di melancolia. Il BAILLARGER nel 1854, osservando come gli accessi insieme riuniti talvolta non erano immediatamente susseguiti da un nuovo periodo, ma questo si manifestava dopo un intervallo abbastanza lungo di lucidità mentale, propose in quest'ultimo caso il termine di *follia a doppia forma*. Le osservazioni ulteriori aggiunsero la *follia a forme alterne* nella quale anche lo stadio di eccitamento e lo stadio di depressione erano separati da un lucido intervallo. Il primo nome fu quello che incontrò maggiore fortuna, e fu quello che con significato molto largo e comprensivo a rispetto delle altre due forme giunse fino a noi. Queste sono le follie che KRAFT-EBING volle di natura degenerativa, mentre gli accessi semplici di mania e di melancolia erano da lui riposti fra le forme psiconevrotiche. Così si andò avanti per un pezzo, fino a che il KRAEPELIN, mise innanzi la psicosi maniaco depressiva, nella quale comprese tutti gli stati di agitazione e di depressione, si succedessero in modo regolare od irregolare, fossero semplici o misti, eccettuata una sola forma di melancolia, propria della età avanzata, che da lui fu chiamata involutiva. Qualunque sia il differente modo di pensare in proposito io ritengo che il termine più appropriato per tali manifestazioni di alienazione mentale sia quello di follia periodica, come propose il MAGNAN al 10.° congresso internazionale delle Scienze mediche, essendo il carattere essenziale, fondamentale di queste forme, qualunque cosa si pensi a proposito della loro natura, quello di riprodursi per accessi.

*
**

Ritmo del moto e follia periodica sono dunque due fatti acquisiti dalla scienza e sulla esistenza dei quali non può cadere dubbio. Resta a risolversi il problema di quale affinità abbiano fra di loro, e se questa sia tale che la follia periodica si possa considerare come un corollario dal lato biologico della legge generalissima sopra annunziata. Lo SPENCER ha già detto che le funzioni mentali procedono a forma rit-

mica, ed a prima vista alletta il pensiero che la follia circolare sia da ritenersi una delle riprove dal lato mentale della regolare periodicità di tutte le funzioni organiche. Nè giova osservare che nel nostro caso si tratti di uno stato morboso, perchè questi fatti non sono sfuggiti alla grande e comprensiva mente del filosofo inglese, che come sappiamo gli ha già citati e riportati a sostegno della sua teoria.

Ma i periodi di vivacità e di depressione, di ardore al lavoro e di inattività che sappiamo esistere negli uomini, si possono logicamente paragonare agli accessi di mania e di melancolia che si hanno nei periodici? A me sembra che quando l'agitazione si presenta per la prima ed é susseguita dal periodo di depressione, quando questi due stati decorrono in grado molto mite che in taluni casi è appena avvertito, quando la intensità dei fenomeni nei due stati si fa equilibrio, quando il ciclo dell'agitazione e della depressione sorge senza nessuna causa apprezzabile, quando finisce quasi ad un tratto come per una scadenza giá prestabilita, in questo caso il paragone regga abbastanza bene e si possa accettare. Io ho conosciuta una malata la quale ha passato lunghi anni della sua vita stando un giorno maniaca ed il giorno successivo melancolica, ed il succedersi di questi due opposti stati mentali avveniva in essa con tale regolarità che era impossibile disconoscere che si assisteva allo svolgersi della periodicità di un ritmo, ed il fatto non è nuovo ma altri simili si ritrovano nella letteratura medica. So benissimo che fra un periodo di attività maggiore ed un accesso maniaco, fra un periodo di depressione ed un accesso melancolico ci corre una notevole differenza, ma è questa un abisso tanto insormontabile da non poterli per lo meno considerare alla medesima stregua? Per prima cosa nella maggioranza dei soggetti non si ha, come è già stato annunziato una vera mania ma un leggiero eccitamento maniaco, una malattia mentale che talvolta non viene riconosciuta dai profani e che in taluni casi molto leggieri sulla sua esistenza o meno ha fatto venire a disputa gli stessi alienisti. Ora la differenza che esiste fra questi stati di eccitamento che raggiungono il grado di leggera ipomania e gli stati di maggiore attività negli uomini normali non è nettamente delineata e si ha una serie infinita di sfumature attraverso le quali si passa insensibilmente dall'uno all'altro, senza poter distinguere dove comincia la pazzia e dove finisce la normalità di mente. Ammesso anche che questa differenza esistesse e fosse netta e facilmente constatabile, la natura nevropatica del soggetto non è sufficiente a spiegare come il moto che dà vita e funzio-

ne al nostro organismo non si possa manifestare nei due casi con sintomi anche molto diversi fra loro? A me sembra che trattandosi di una legge generale quanta altra mai si debba nel nostro caso concludere per la comparabilità dei due stati.

È naturale però che nel considerare un fenomeno così complesso vengano facili molte obiezioni, talune delle quali non certo prive di importanza.

Per prima cosa il ciclo di agitazione e di depressione mentale, quale è stato fino a qui considerato, non è il più frequente a verificarsi. A questo proposito si può fare osservare che tutti i quadri clinici delle malattie, quali si presentano nella pratica medica sono difficilmente tipici nel loro decorso. Gli autori classici nel descrivere una speciale malattia, si valgono della osservazione di migliaia di casi simili e giungono così a formare un quadro sintetico completo, del quale ben raramente si ha riscontro in natura. Di questa verità fa «conoscenza somma» chi deve scegliere, specialmente nella nostra specialità, malati da presentarsi dal Professore nelle sue lezioni cliniche.

In un Manicomio di mille e più malati non si trova delle volte una mania, una melancolia veramente tipica, e siamo costretti a ricorrere anno per anno agli stessi paranoici, agli stessi dementi precoci, se vogliamo scegliere dei casi veramente esemplari. Eppoi lo stesso SPENCER ha notato che le lunghe oscillazioni per l'azione su di esse di tante influenze sono per necessità irregolari, e per stabilire un ritmo non occorre la precisione matematica che si ha nella rivoluzione degli astri. A dimostrare ciò servirà un esempio banale. Nessuno spero vorrà mettere in dubbio che la veglia ed il sonno, che si alternano quotidianamente fra loro fino a che dura la vita, non siano un esempio tipico di ritmo. Ora è esperienza di tutti i giorni che non si tratta di un'alternanza precisa e rigorosa per tempo e per intensità, come a prima vista sembrerebbe che fosse richiesto. Infatti è notorio che quando si dorme di più, quando si dorme di meno, quando il sonno è profondo e riparatore, quando invece è leggiero ed inquieto, quando si ha mancanza di ricordo di ogni atto psichico, quando invece si hanno sogni più o meno lunghi o verosimili. Talvolta il sonno è tutto intiero, tal' altra è dimezzato da periodi di veglia, quando si dorme regolarmente la notte, quando invece si veglia e si riposa il giorno successivo, quando di giorno siamo oppressi dalla voglia di dormire e si hanno continue cascaggini, quando invece si sta in letto tutta una nottata ad occhi aperti ed a ripensare contro voglia ai casi

nostri. Altra irregolarità è quella che ai giorni di più intenso lavoro, specialmente se intellettuale, non corrispondono sempre le dormite più ristoratrici, rifiutandosi il cervello, che ancora risente del patito eccitamento, di concederci la calma necessaria. E ciò è in condizioni fisiologiche, figuriamoci cosa succederebbe se volessimo entrare nella patologia del sonno, la quale comprende un bel vasto territorio, il quale si estende dalla insonnia la più completa fino alla stessa malattia del sonno.

Eppoi le irregolarità riscontrate sono in realtà esistenti e reali o sono solo apparenti. Chi ci assicura che il ritmo si ripeta regolare, ma ciò non sembri perchè taluni accessi o di mania o di melancolia passarono inosservati, a cagione delle condizioni favorevoli sia riguardo all' individuo sia all' ambiente nei quali si svolsero, che contribuirono a renderli oltremodo leggeri per riguardo alla intensità dei sintomi e corti per la loro durata? Chi sa quante opere sono state compiute da periodici in stato di eccitamento, ma il fatto è così fuori del comune che i più sono dubbiosi nell'ammetterlo. Eppure se confrontiamo la vita di tanti uomini che pur vanno per la maggiore, vi troviamo facilmente il ripetersi di tante audacie, di tanta attività, di tanta prestanza di ingegno, susseguite da pentimenti, ritrattazioni e periodi di completa inazione che non può cadere dubbio in proposito. Avrei molti casi da portare in esempio, ma visto che non ce n' é necessità preferisco rispettare i morti e lasciare in pace i vivi.

È certo però che le storie dei circolari sono in grandissima parte state compilate tenuto riguardo della loro ammissione nei manicomi, e questo non è certamente il modo di dare una osservazione completa del fatto.

Eppoi anche se le irregolarità sono in realtà vere e verificate, guardiamo quale significato possono avere.

È chiaro che nel nostro caso le irregolarità maggiori si hanno rovesciando le condizioni che sono state poste nella forma periodica schematica prima riportata, e consistono principalmente in questo: che si ha molto di frequente un intervallo lucido più o meno lungo fra i due accessi, che questi invece di avere la forma di pazzia mite e ragionante prendono tanto nel loro aspetto di agitazione che di depressione una forma molto grave, che gli accessi sono preceduti da fatti che si potrebbero interpellare e che talvolta sono realmente la causa dell' esplodere di questi. In ultimo, ed è questo il caso della follia ordinariamente chiamata intermittente, gli accessi di agitazione o di de-

pressione non si alternano, ma si ripetono invece sempre uguali fra loro, cioè o tutti di mania o tutti di melancolia, e ciò per un numero non indifferente di recidive.

La agitazione poi non precede il più spesso la depressione, ma siccome i periodi si svolgono su campo esclusivamente patologico, del quale non si conosce che per ipotesi molto discutibili la natura, non mi sembra bene trattenermi su questa circostanza, sulla quale potrei discutere a lungo ma senza un resultato soddisfacente.

La esistenza pure del lucido intervallo fra i due accessi non mi pare che possa ritenersi per una seria obiezione, perchè la presenza di questo renderà più complicato il ritmo, ma non toglierà niente alla sua regolarità ed alla sua natura.

Quanto poi al riscontrarsi forme gravi di eccitamento o di abbattimento delle facoltà psichiche invece che accessi di ipomania o di leggera melancolia, ciò si può spiegare in più modi. Intanto è fatto universalmente riconosciuto che i cicli sogliono iniziarsi in modo quasi inavvertito con accessi molto miti, che vanno acquistando di gravità a misura che si ripetono. Ciò si spiega facilmente pensando che il cervello resta sempre più alterato dal succedersi degli accessi di pazzia e quindi la sua resistenza alle cause morbigene va sempre più perdendosi. Oltre di ciò questi periodi di mania o di melancolia che si presentano con sintomi così gravi si possono spiegare benissimo con la legge di moltiplicazione degli effetti, la quale pure, se si vuole in modo secondario ma però sempre importante, è stata considerata nei suoi effetti dallo Spencer, per poter trattare completamente della legge evolutiva. Mi spiego brevemente. Un periodico è soggetto ad un accesso di mania che decorrerebbe molto mite e senza alterazioni apprezzabili dell' intelligenza; fino dall' inizio della malattia e per effetto diretto di questa, beve smodatamente, si esaurisce con veglie, con fatiche esagerate, con abusi fatti con donne e la sua psicosi si aggrava molto e può raggiungere anche il più alto grado della agitazione, per il sommarsi di tutte queste concause.

Quanto alle circostanze che possono verificarsi nella vita di un periodico, se sono fra quelle universalmente riconosciute come cause occasionali di pazzia, esse possono in realtà accelerare il ritorno degli accessi, e questo serve ancora una volta a dimostrare quanto complesse sono le circostanze fra le quali il ritmo si svolge, complessità di circostanze che deve renderne sempre meno regolari le manifestazioni. In molti casi però le così dette cause di pazzia non sono che i primi

fenomeni del ritorno del male, la esistenza del quale ancora non era stata potuta mettere in chiaro. L'ammalato stravizia, esce del tutto dalla vita regolata ed igienica che fino allora ha condotto e si dice ricaduto nella sua malattia mentale per questo, mentre era già malato quanto cominciò ad uscire dal suo ordinario tenore di vita.

Quanto alla follia intermittente, questa non rappresenta, a riguardo della follia circolare o a doppia forma, che una semplicizzazione del ritmo, il quale assume ora la forma che ha negli epilettici e nelle isteriche, nei quali malati la periodicità si stabilisce da una parte fra stato lucido ed apparentemente sano, ed accesso convulsivo dall'altra parte oppure accesso di turbamento mentale.

Ho quasi sorvolato su queste obiezioni perchè non volevo aver l'aria di ingrandire più di quello che ce ne fosse bisogno le difficoltà, e perchè il concetto di ritmo nella follia periodica si presenta di per sé spontaneo alla mente malgrado sia di quelle verità che più facilmente si intuiscono, come teoria fondata sulla più lata affinità di fatti, di quello che nello stato attuale della scienza si possono rigorosamente dimostrare.

Il Ballet (1) stesso trattando della melancolia intermittente, così si esprime in proposito: « Je me suis même demandé quelquefois, et « je ne vous livre *cette tèmèraire hypothèse que pour ce qu'elle* « *vaut*, si la circularité n'étai pas une loi de fonctionement de no- « tre systéme nerveux, si nous n'étions pas tous a quelque degré « des circulaires, et si l'était pathologique, qui constitue la folie « périodique dans la forme la plus caractéristique, n'était pas sim- « plement le grossiment et l'énorme amplification d'une manière « d'être qui nous est habituelle ».

Secondo il mio modo di vedere le ulteriori ricerche in proposito serviranno semprepiù a confermare, che la follia ad accessi ripetuti periodicamente dal lato patologico dimostra, che la legge del ritmo del moto ha quella universalità, la quale devono necessariamente avere le leggi sulle quali si fonda la filosofia, perchè possa questa assurgere alla altezza che le compete.

---

(1) Ballet Gilbert — Melancolie intermittente. Presse Medicale 14 Maj 1902.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

MIOPATIA PRIMITIVA PROGRESSIVA
IN IMBECILLE EPILETTICO

PEL

Dott. Gerardo Ansalone

Il caso clinico, che succintamente esponiamo, sembra non destituito di un qualche interesse per alcune particolarità, le quali, mentre arricchiscono la figura clinica delle distrofie muscolari progressive, potrebbero forse anche contribuire, d'altra parte, a delucidarne in qualche modo la patogenesi, tuttora oscura ed incerta. Due sono le ipotesi fondamentali, che si disputano, allo stato attuale, il campo.

Prima la teoria muscolare della scuola della Salpêtrière, sostenuta da Landouzy e Dejerine, che considerano le distrofie come una affezione propria ed originaria della fibra muscolare, congenitamente labile, e predisposta ad ammalare, indipendentemente da qualsiasi partecipazione del sistema nervoso centrale e periferico.

Seconda la teoria trofo-neurotica di Erb il quale, dati i reperti isto-patologici negativi, ammette una natura ed una origine centrale della malattia, sotto forma di disordine funzionale dei centri trofici, il quale determina caratteristiche alterazioni anatomiche negli apparecchi motori periferici, predisposti ad ammalare, appunto perchè sono i più distanti dai centri trofici spinali. Questa seconda teoria conta non pochi seguaci, tra cui: Lepine (1), il quale non si mostra convinto della integrità del sistema nervoso centrale nelle miopatie, Pilliet (2), il quale ritiene molto probabile l'esistenza di una lesione centrale congenita o dell'infanzia. L'integrità del sistema nervoso, secondo lui, è

(1) Lyon Medicale.
(2) Revue de Medic. 1890.

solamente apparente, o perchè ci si trova di fronte a lesioni già riparate, o perchè trattasi di processi morbosi, i quali non hanno determinato altro che una semplice diminuzione numerica di cellule e fibre, con lievi cangiamenti nella forma e nei rapporti reciproci, che i nostri attuali mezzi di indagine istologica non riescono ancora a mettere bene in evidenza.

Partigiano anche della teoria trofo-neurotica di Erb si addimostra il Florand (1).

Molti e di non scarso valore sono i criterii fondamentali su cui si basano i fautori della sopracennata teoria. In primo luogo il distribuirsi tutto caratteristico dell'atrofia, per cui si hanno dei tipi clinici oramai ben netti e definiti. Un vizio primitivo e puramente nutritivo dei muscoli, consistente in un aumento di volume del sarcoplasma ed in una dissociazione del mioplasma, senza alcuna partecipazione del sistema nervoso centrale, poco si concilia colla bilateralità della lesione e colla sua distribuzione così costante e caratteristica. La familiarità dell'affezione, d'altro canto, la concomitanza di note antropologiche degenerative e la coesistenza di lesioni ossee parallele a quelle muscolari, che dimostrano la stretta solidarietà, dal punto di vista trofico dei due tessuti; i disordini psichici così frequenti nei miopatici, che sono d'ordinario dei frenastenici, fanno con ragione pensare ad alterazioni centrali del sistema nervoso, congenite od acquisite nelle prima infanzia, tuttocchè i reperti isto-patologici non forniscano ancora reperti positivi.

Ritorneremo sulla patogenesi delle miopatie dopo l'esposizione del nostro caso clinico.

D. G. Gennaro da Napoli di anni 30, mendicante, povero, analfabeta, cattolico, viene ammesso per la seconda volta nel Manicomio Provinciale di Napoli il 29 Giugno 1906 (*).

ANAMNESI FAMILIARE

Il padre settantenne è vivente, e sano: non ha avuto sifilide: ha abusato però di alcool ed è stato sempre molto eccitabile e manesco: quasi ogni giorno bastonava la moglie. Fu anche in carcere per ferimento. Un

(1) Thèse de Paris 1886.

(*) Ringrazio vivamente il Prof. Capriati, coadiutore della Clinica Psichiatrica, che mi permise lo studio e la pubblicazione del presente caso clinico.

fratello dell'infermo, bambino, soffrì convulsioni eclampsiche, cui seguì una lieve paresi della gamba sinistra. Attualmante gode buona salute ed il difetto motorio sopra cennato non è più riconoscibile. Altri due fratelli ed una sorella sono morti di malattia che l'infermo non sa precisare.

ANAMNESI INDIVIDUALE

Il nostro ammalato nacque a termine; non vi fu alcun incidente durante la gravidanza e durante il parto. Nel corso del primo anno della vita extra-uterina fu colpito da convulsioni, dopo delle quali i genitori si accorsero di un certo difetto di motilità nell'arto superiore di diritta. All' infuori degli attacchi convulsivi, che non si sa se sieno stati accompagnati o pur no da febbre, non vi furono altre malattie infantili degne di nota. Le persone di famiglia assicurano che negli anni successivi non si notò alcun miglioramento sensibile nella motilità dell' arto paretico, il quale inoltre incominciò a contrastare, per la sua piccolezza, con quello sano dell' altro lato. L' infermo assicura di non aver potuto così imparare a scrivere, perchè la penna gli scappava di mano e di non aver potuto apprendere del pari alcun mestiere. I genitori pensarono di farne un venditore ambulante. Venendo su negli anni, incominciò ad accorgersi di un sensibile e progressivo peggioramento nella motilità dell' arto destro già paretico, mentre accusava debolezza e difficoltà nei movimenti anche dell' arto superiore sinistro, nonché delle due gambe. A poco a poco peggiorò al punto da non potere più camminare speditamente come prima, e da incontrare anche difficoltà a mantenersi dritto su due piedi: per non cadere era costretto ad incurvare indietro il tronco. Si accorse da ultimo di trovare una notevole difficoltà a passare dalla posizione assisa a quella eretta e viceversa. Tutti questi disordini motori progredivano lentamente, allorchè, circa tre anni fa, comparvero degli accessi convulsivi di natura epilettica. Essi da tale epoca si sono ripetuti ad intervalli variabili dai 7 ai 15 giorni e sono stati quasi sempre seguiti da fasi stuporose. L' infermo pensó trarre profitto dalle sue condizioni somatiche e si dette all'accattonaggio. Il suo cammino difficoltoso e stentato: l' atrofia grave e la deformità dell' arto superiore di dritta, divenute in questi ultimi tempi molto evidenti, venivano dall' infermo molto bene sfruttate per richiamare l' attenzione dei passanti e suscitarne la pietà: raggranellava così parecchi quattrini quotidianamente, che sciupava poi nelle bettole, bevendo smodatamente. Gli eccessi alcoolici però resero in questi ultimi tempi più frequenti gli accessi convulsivi e più intense le fasi confusionali concomitanti, e in una di queste fu inviato al Manicomio e sottoposto al nostro esame.

STATO ATTUALE

Cranio

Diam. ant. post. mass.	178	mm.
» trasv. mass.	135	»
Indice cefalico	81;4	»
Curva long. mediana	340	»
» trasversale	325	»
Circ. totale.	560	»
Semicurva an.	270	»
» post.	290	»
Somma delle tre curve	1225	»
Semicurva laterale destra	290	»
» » sinistra	270	»
Tipo del cranio subbrachicefalo.		
Altezza della fronte.	50	»
Diam. front. minimo	120	»
» bizigomatico.	125	»
Altezza della faccia	160	»

CARATTERI ANTROPOLOGICI DEGENERATIVI

Grado lieve di scafocefalia : plagiocefalia; cranio obliquo-ovalare : la bozza frontale sinistra è più spianata della destra e la bozza occipitale di destra è meno sporgente di quella di sinistra. Plagioprosopia: la distanza dal punto sotto nasale al punto auricolare (condotto uditivo esterno) a sinistra è di 130 mm. a dritta di 126. La distanza dalla glabella al condotto uditivo esterno a sinistra è di 125 mm. a dritta 121. La distanza dalla glabella all'apofisi orbitaria esterna a sinistra è di 71 mm. a dritta 70. La distanza dal punto mentoniero al gonion in ambo i lati è di 100 mm.

VITA VEGETATIVA

Nulla d'importante da parte del cuore, degli organi respiratorii e di quelli addominali; termogenesi e secrezioni normali.

VITA DI RELAZIONE

Sensibilità tattile — Non esiste alcun disordine di questa sensibilità: l'infermo avverte e localizza bene i più lievi toccamenti col pennello in qualsiasi regione del corpo. Praticando l'esame coll'estesiometro, non si mette del pari in rilievo alcuna differenza fra i due lati.

Sensibilità barica — Sul dorso di ambo le mani, su trenta grammi di peso iniziale, avverte l'aggiunzione e la sottrazione di 10 grammi.

Sensibilità termica, dolorifica, muscolare, stereognostica, gustativa, olfattiva, visiva normali — Campo visivo e sensibilità uditiva ugualmente normali.

RIFLESSI

Plantare: stimolando la pianta del piede si ha estensione di questo e della gamba ai due lati.

Cremasterico: assente ai due lati.

Gluteo: assente ai due lati.

Addominale: assente ai due lati.

Ascellare: assente ai due lati.

Congiuntivale: conservato ai due lati.

Rettale: normale.

Vescicale: normale.

Iridei: Le pupille, eguali, reagiscono un pó torpidamente alla luce ed all' accomodazione.

Tendinei: Il riflesso patellare è abolito ai due lati: il riflesso del tendine di Achille è abolito ai due lati: il riflesso del tricipite estensore è assente ai due lati.

MOTILITÀ

La stazione eretta su due piedi è possibile, ma il peso del corpo poggia per la massima parte sull' arto inferiore dritto: quello di sinistra resta sollevato dal suolo per circa due centimetri. La stazione eretta sulla sola gamba dritta è anche possibile; è impossibile invece sulla sola gamba sinistra.

La motilità dei muscoli della faccia puó dirsi normale, così del pari quella dei muscoli della lingua.

ARTI SUPERIORI

Sorprende, nell' esame del soggetto, la piccolezza in massa di tutto il cingolo scapolo omerale di dritta. La scapola, la quale presenta anche le note caratteristiche della *scapola alata*, è sensibilmente più piccola di quella di sinistra. Dal punto medio della spina all'angolo inferiore, la scapola destra misura 11 centimetri, mentre la sinistra ne misura 16. Dall' angolo superiore interno della scapola alla fossetta del MORENEIN a destra si hanno 22 centimetri, mentre a sinistra 30 centimetri. Tutti i muscoli del cingolo scapolare di dritta sono notevolmente atrofici (deltoide, sopraspinoso, sottospinoso, pettorale) per modo che le ossa sporgono quasi sotto i comuni tegumenti.

Il braccio di dritta è in massa più piccolo di quello di sinistra, misurando dall'acromion all'olecranon, lungo la faccia posteriore, a dritta si hanno 33 centimetri a sinistra 34 centimetri. La circonferenza nel punto medio del braccio a dritta è di centimetri 17 a sinistra 21. L'antibraccio di dritta dall'olecranon all'apofisi stiloide del radio misura 24 centimetri quello di sinistra ne misura 25. La circonferenza dell'antibraccio nel punto medio a dritta è di 20 centimetri a sinistra di 22 centimetri.

La mano di dritta è ugualmente lunga che quella di sinistra: dalla piega del polso all'estremità del medio si hanno 17 centimetri e mezzo da ambo i lati: quella di dritta è però nel suo complesso alquanto più piccola: nel punto più sporgente dell'eminenza tenare ed ipotenare quella di dritta misura 20 centimetri, mentre quella di sinistra 23 centimetri.

Il braccio dritto trovasi addotto al torace; l'abduzione attiva è impossibile del pari che la elevazione: l'abduzione e l'elevazione passive sono possibili sino alla linea orizzontale.

Per l'atrofia del muscolo romboide e dell'angolare della scapola, quest'ultima ha l'aspetto caratteristico *alato* a dritta.

Tutti i muscoli del braccio sono atrofici, sia quelli della regione anteriore che quelli della regione posteriore: il bicipite è ridotto ad una corda fibrosa e resistente.

L'antibraccio dritto é flesso ad angolo ottuso sul braccio: la flessione completa è possibile sia attivamente che passivamente, la estensione attiva e passiva è impossibile, opponendovisi la retrazione del tendine del bicipite. Tutta la musculatura dell'antibraccio è nel suo complesso atrofica a diritta, sia anteriormente che posteriomente; l'atrofia però è molto meno marcata che nel braccio.

La mano dritta è in pronazione e leggermente flessa sull'antibraccio. La flessione completa è possibile sia attivamente che passivamente; laddove la estensione sia attiva che passiva è alquanto limitata: i movimenti di abduzione e di adduzione si compiono normalmente. La supinazione completa riesce impossibile: non puó ottenersi che la posizione intermedia tra la supinazione e la pronazione. Notasi anche atrofia dei muscoli dell'eminenza tenare ed ipotenare e degl'interossei dorsali del primo spazio. Le dita sono leggermente flesse: la flessione completa è possibile mentre la estensione no.

I movimenti di abduzione e di adduzione delle ultime quattro dita sono possibili. I movimenti del pollice sono solo in piccola parte limitati.

Col dinamometro MATHIEU a dritta si ha 25; a sinistra 65.

La motilità adunque nell'arto superiore di sinistra é di gran lunga meglio conservata che non a dritta. La mano e l'antibraccio sinistro sono quasi normali, il cingolo scapolo omerale è però invaso dal processo di atrofia. Tutti i muscoli della faccia anteriore e posteriore del braccio ed i

i muscoli della spalla sono invasi dal processo distrofico, ma in proporzione di gran lunga minore, che quelli del lato dritto. Notasi semplicemente una certa limitazione e fiacchezza nei rispettivi movimenti.

ARTI INFERIORI

L' arto inferiore di sinistra è alquanto raccorciato; il calcagno è sollevato dal suolo per circa 2 centimetri, dando così l' aspetto del piede equino. I movimenti di flessione delle cosce sul bacino sono normali da ambo i lati; laddove invece la estensione é indebolita bilateralmente. La flessione della gamba sulla coscia si compie normalmente da ambo i lati, laddove invece la estensione è indebolita bilateralmente. Altrettanto dicasi dei movimenti di flessione e di estensione del piede.

Le due coscie si presentano in massa atrofiche; più marcata però è l'atrofia di quella di dritta; nel punto medio ha una circonferenza minore di un centimetro rispetto a quella del lato sinistro. Nelle gambe invece il processo di atrofia è più avanzato nei muscoli della regione posteriore di sinistra, dove abbiamo già notata la classica retrazione del tendine di Achille.

TRONCO

Nella stazione eretta esiste notevole lordosi della colonna vertebrale unita a lieve grado di scoliosi. L' ispezione della regione anteriore del tronco lascia notare a dritta una depressione notevole in corrispondenza della regione sottoclavicolare e quindi molto appariscenti i due primi spazi intercostali e ciò per l' atrofia dei muscoli grande e piccolo pettorale. L' ispezione della regione posteriore del tronco lascia notare un notevole infossamento a forma triangolare col vertice in alto in corrispondenza della regione infra scapolare e che raggiunge la spina della scapola di dritta e con la base in basso a livello della regione lombare. Tale depressione è per la massima parte dovuta ad una notevole atrofia dei muscoli dorsali del lato di dritta e solo in basso, per una piccola parte, all'atrofia del muscolo grande dorsale del lato di sinistra. L' atrofia del muscolo romboide concorre a dare alla scapola di dritta l' aspetto caratteristico *alato*.

Nel camminare procede a passi lenti e stentati senza toccare il suolo col calcagno del piede sinistro e presentando quel dondolamento caratteristico, che dal RICHER (1) e dal MARINESCO fu accuratamente studiato e denominato « dèmarche en canard ». L' atrofia dei muscoli retti ed obliqui dell'addome, che son causa della inclinazione indietro del tronco e della prominenza del ventre in avanti, fa sì che quando l' infermo voglia incurvare il tron-

(1) P. *Richer* — Nouv. Icon. de la Salp. 1894, p. 140.

co in avanti, non possa altrimenti farlo, che in una maniera rapida e brusca quasi che il tronco cadesse di proprio peso. Allorchè invece il tronco è curvato in avanti, l'infermo, per raddrizzarlo, deve ricorrere all'ausilio del braccio sinistro di cui si serve puntellando la mano sulla coscia dello stesso lato gradatamente dal ginocchio verso la radice dell'arto.

ESAME ELETTRICO

Corrente faradica (con la slitta Dubois - Reymond animata da una pila Grenet). Deltoide: a destra, manca l'eccitabilità faradica, data l'atrofia completa del muscolo; a sinistra si hanno contrazioni a sette centimetri di distanza dei due rocchetti.

Angolare della scapola a destra: contrazioni a sette centimetri, a sinistra idem.

Romboide: contrazioni bilateralmente a sei centimetri e mezzo.

Trapezio: a dritta contrazioni a cinque centimetri e mezzo; a sinistra a sei centimetri.

Sottospinoso: a dritta scomparsa l'eccitabilità faradica; a sinistra contrazioni a sei cm.

Sopraspinoso: eccitabile bilateralmente, molto meno però a dritta.

Pettorali : idem.

Braccio — Tricipite estensore eccitabile bilateralmente, meno però a dritta.

Bicipite eccitabile a sinistra: scomparsa l' eccitabilità a dritta.

Brachiale anteriore si contrae a dritta solo sotto correnti molto forti; a sinistra, l' eccitabilità può dirsi quasi normale.

I muscoli dell' antibraccio, sia quelli della regione anteriore, che quelli della regione posteriore, sono tutti eccitabili; così del pari quelli della eminenza tenare ed ipotenare e gl' interossei; solo a dritta notasi una lieve diminuzione della eccitabilità; e sui muscoli della regione posteriore dell'antibraccio l'eccitamento si diffonde facilmente ai muscoli flessori della regione anteriore. L'esame dei nervi non lascia rilevare nulla di anormale. L'esame colla corrente galvanica non lascia rilevare che diminuzione della eccitabilità proporzionale al grado di atrofia sino a scomparire sul deltoide di dritta dove c'è scomparsa completa delle fibre muscolari.

FUNZIONI PSICHICHE

Psichicamente il nostro soggetto in esame presenta note evidenti di arresto di sviluppo, nel doppio campo della intelligenza e dei sentimenti. Si orienta abbastanza bene nell'ambiente, per cui sa di trovarsi per la seconda volta in manicomio, ma ha atteggiamento fatuo e stupido: il suo linguaggio è molto povero, stentato e stereotipico. Nel praticare l'esame so-

matico, specie quello della sensibilità e del campo visivo, abbiamo potuto costatare la deficienza dei suoi poteri attentivi. Perchè l'attenzione provocata non si esaurisse rapidamente, abbiamo dovuto tenerla desta con numerosi artifizi e spesso con la promessa di un piccolo emolumento ad esame compiuto. Niente lo scuote meglio dall'abituale torpore e lo commuove di piú della vista di una moneta. Accattone, ed abituato a sciupare ogni sera in cantina il discreto gruzzolo di quattrini, strappati alla pietà dei passanti, soffre della reclusione in manicomio sopratutto perchè non può bere vino a suo piacimento.

Il processo ideativo è torpido, lento, povero e stentato. La memoria è fiacca e lacunare. Perché riuscisse a tessere per sommi capi la storia della sua vita, così come l'abbiamo riportata nell' anamnesi, ha stentato non poco.

Superficiale, fiacco di critica, rassegnato, e per nulla preoccupato di sè e della sua salute. Viene per la seconda volta in manicomio per disordini psichici consecutivi ad accessi epilettici. Presenta lacune mnemoniche: non sa darsi conto, anche questa volta, del suo invio al Manicomio: non ricorda di avere commesso stranezze od atti pericolosi da giustificare il provvedimento preso a suo carico. Abitualmente torpido apatico ed indifferente, va solo raramente soggetto a scatti impulsivi: fortunatamente le sue condizioni somatiche lo rendono poco o nulla pericoloso.

Dai dati clinici innanzi esposti scaturisce evidente il giudizio diagnostico di *miopatia primitiva progressiva forma giovanile di* Erb *(o tipo scapolo-omerale)*. Vi è ereditarietà neuropatica e psicopatica; (non è stato possibile precisar bene la natura del disordine motorio presentato dal fratello dell' infermo: probabilmente deve essersi trattato di paresi infantile mite): alcoolismo, e criminalità nel padre.

La malattia esordisce nell' infanzia e consecutivamente a degli attacchi convulsivi.

L'atrofia muscolare interessa a preferenza i muscoli del cinto scapolare di dritta e quelli del braccio dello stesso lato; il deltoide ed il sotto spinoso sono quasi del tutto scomparsi; il bicipite è in uno stato di avanzata atrofia e ridotto ad una corda dura, tesa sotto i comuni tegumenti: meno attaccati sono i muscoli dell'antibraccio ed ancora meno quelli della mano. I muscoli dell'arto superiore di sinistra sono molto meno atrofici che quelli dell' arto dritto e l' atrofia interessa qui solo i muscoli della radice dell'arto; laddove quelli dell'antibraccio e della mano sono quasi integri.

Degli arti inferiori il più leso è quello di sinistra: vi è retrazione del tendine di Achille ed equinismo. Vi è atrofia anche dei muscoli del dorso e di quelli addominali per cui esiste lordosi e prominenza

del ventre in avanti. I sopra citati dati clinici, la mancanza di contrazioni fibrillari, l'assenza di disordini della sensibilità, l'assenza di reazione elettrica degenerativa, il contegno dei riflessi tendinei, i disordini del cammino, la maniera caratteristica di estendere il tronco, allorchè dalla posizione assisa l'infermo vuol passare a quella eretta sono questi caratteri tutti sufficienti per stabilire la diagnosi di distrofia muscolare progressiva (forma giovanile di ERB).

A noi preme di richiamare l'attenzione sopra di alcune particolarità. Per quanto nelle miopatie l'affezione possa iniziarsi in un lato e poi passare all'altro e quindi, di conseguenza, le lesioni muscolari possano variare di intensità da un lato all'altro, pur tuttavia sorprende nel nostro soggetto in esame la sensibile differenza di gravezza del processo distrofico tra i due lati. Ma non è questo il solo fatto importante. Nel lato dritto, oltre la gravissima atrofia muscolare, vi è arresto di sviluppo delle ossa del cingolo scapolo-omerale.

Come abbiamo fatto sopra rilevare, la scapola di dritta misura in lunghezza circa cinque centimetri ed in larghezza quasi altrettanto di meno della scapola sinistra.

Il braccio di dritta è di un centimetro meno lungo, e di 4 cm. meno spesso di quello di sinistra. L'antibraccio di dritta è ugualmente di un centimetro meno lungo, ma di soli due centimetri meno spesso di quello di sinistra. La differenza di spessezza maggiore nel braccio, può essere in rapporto con il grado di atrofia muscolare; ma le differenze nella lunghezza, quando questa è misurata con precisione tra punti ossei appariscenti, non può tenere ad altro se non ad un arresto di sviluppo dell'osso. La spina della scapola ed il suo angolo inferiore, sopratutto per il grado di atrofia muscolare, sono molto appariscenti sotto i comuni tegumenti e la differenza di circa 5 cm. non può tenere ad altro se non ad un arresto di sviluppo dell'osso, l'atrofia muscolare a parte.

Da non pochi osservatori sono state messe in rilievo delle alterazioni ossee concomitanti quelle muscolari nelle miopatie.

P. MARIE ed ONANOFF (1) hanno richiamato l'attenzione sopratutto sulle deformazioni craniche dei miopatici: un loro malato aveva un indice cefalico di 101,2; un altro infermo di 89,5; un terzo presentava un enorme sviluppo delle bozze occipitali.

---

(1) Soc. Medic. des Hôpit. 20 Febbraio 1891.

G. Guinon e Souques (1) han messo in rilievo le deformazioni toraciche, cioè alterazioni dei diametri antero-posteriore e trasverso: il primo era notevolmente diminuito in lunghezza, per cui il torace mostravasi considerevolmente appiattito.

Sacaze (2) ha descritto una scoliosi molto marcata in un miopatico. Hallion (3) ha notato una gracilità estrema di tutte le ossa del tronco e degli arti ed in particolare delle diafisi delle ossa lunghe ed un ispessimento delle epifisi.

Mondio (4) in tre miopatici ha trovato cifosi, piccolezza del cranio, assimetria cranica e facciale.

In generale, riassumendo, a noi pare, che le alterazioni del sistema osseo riscontrate sinora siano distinguibili in tre categorie. Una prima sarebbe costituita da quelle deviazioni dal tipo normale, le quali sono la conseguenza immediata dell'alterato dinamismo muscolare consecutivo alla distrofia: in questo caso il trofismo del tessuto osseo non è essenzialmente e primitivamente alterato, (lordosi, scoliosi, cifosi vertebrale, deformazione a « taille de guêpe »).

Una seconda categoria sarebbe costituita dalle deformazioni antropologiche, che interessano a preferenza le ossa del cranio e che testimoniano che i miopatici sono spesso dei rappresentanti della degenerazione somatica.

La terza categoria invece abbraccia tutti quei vizî di conformazione, che sono la consegunza diretta dell'alterato trofismo del sistema osseo così come accade nelle malattie proprio di questo.

Nel nostro soggetto in esame esiste tutta questa triplice serie di deformazione.

1) Vi sono marcate note antropologiche degenerative (scafo-cefalia, plagio-cefalia, plagio-prosopia).

2) Deviazione della colonna vertebrale, (lordosi e scoliosi) come conseguenza diretta dell'atrofia di determinati gruppi muscolari.

3) Arresto di sviluppo, senza deformazione, delle ossa del cingolo scapolare, dove prendono attacco cioè i muscoli, che più precocemente e più intensamente sono invasi dal processo distrofico. Questa lesione ossea deve rientrare nella ultima categoria menzionata, delle alterazioni

(1) Soc. Anat. 1891 pag. 348.
(2) Arch. de Neurol. 1893.
(3) France Médicale 1891 pag. 757.
(4) Le condizioni mentali di 3 amiotrofici. Rivista sperimentale di freniatria Vol. XXVII.

dipendenti da alterato trofismo primitivo del tessuto osseo e potremmo dire, che mentre le lesioni riscontrate dagli altri osservatori ed appartenenti a questa categoria, sono delle alterazioni qualitative del trofismo, quella riscontrata da noi è l'espressione di un semplice disturbo quantitativo: una ipotrofia pura e semplice, essendo perfettamente conservata la forma normale delle varie ossa ipotrofiche.

Un simile arresto di sviluppo in massa delle ossa noi sappiamo essere una delle note caratteristiche delle forme spastiche infantili.

E quello che più ci sembra degno di considerazione è il fatto che il disordine di motilità nel nostro soggetto in esame si è stabilito durante il primo anno della vita extra-uterina ed è stato preceduto da convulsioni. Ora è risaputo come queste siano il sintoma più frequente e precursore delle paralisi spastiche infantili. Rimane quindi un dubbio, che nel nostro soggetto in esame siasi determinata primitivamente una monoplegia infantile e in secondo tempo siasi poi sviluppata la distrofia muscolare. A dissipare questo dubbio sarebbero occorsi dati anamnestici molto più precisi di quelli che noi abbiamo potuto ottenere dalla scarsa intelligenza del nostro soggetto e dei suoi parenti.

Non hanno con precisione saputo dirci se il difetto di motilità nell'arto superiore dritto siasi determinato immediatamente dopo le convulsioni oppure, con una relativa lentezza, e dopo qnalche tempo.

Certo si è che allo stato attuale nessun sintoma noi troviamo di una monoplagia spastica infantile: la paralisi è intensissima alla radice dell'arto, mentre la mano è di gran lunga meno lesa, nè troviamo in essa e nelle dita la deformazione caratteristica delle forme spastiche infantili. Esiste solo una leggera flessione palmare ed una limitazione nei movimenti di estensione, fatto questo che può stare in immediato rapporto col processo di distrofia in atto.

Il quadro clinico attuale è adunque quello tipico delle miopatie: la forte adduzione del braccio al torace, la flessione dell'antibraccio sul braccio sono la conseguenza della retrazione dei muscoli maggiormente colpiti dal processo distrofico, così come suole accadere nelle forme miopatiche a stato avanzato.

Nel nostro soggetto in esame esistono anche disordini psichici: il suo stato mentale è quello di un imbecille di medio grado; alla imbecillità è associata d'altronde anche l'epilessia.

Numerosi osservatori antichi e recenti hanno richiamato l'attenzione sul frequente arresto di sviluppo dei miopatici. Sin dal 1836 *Semmola, Gioia, Conte* constatarono note di deficienza intellettiva ne-

gli ammalati di distrofia muscolare progressiva. Più tardi, nel 1849 *Duchenne* trovò in sette casi note antropologiche degenerative e tutte le gradazioni degli arresti di sviluppo, dalla idiozia grave alla imbecillità di lieve grado. Consecutivamente il *Möbius* trovava associata alla miopatia convulsioni epilettiche, note antropologiche degenerative ed imbecillità.

Fèrè (1) notava parimenti deficiente sviluppo psichico nei miopatici.

Più tardi *Vizioli* (2), riportando cinquanta osservazioni, richiamava l'attenzione sulle note antropologiche degenerative, sullo arresto di sviluppo psichico ed insisteva sulla origine centrale nervosa delle miopatie.

Pilliet (3) notava parimenti deficiente sviluppo intellettivo e così anche *Cardarelli*, (4) *De Santis*, (5), e *De Pastrovich* (6).

Ancora più recentemente *Mondio* (7) riportando le storie cliniche di tre amiotrofici, insiste sulla frequenza delle note antropologiche degerative, delle deformazioni della colonna vertebrale e della deficienza di sviluppo psichico nei miopatici, rilevando da ultimo una sensibile analogia tra questi ed i frenastenici cerebro - plegici. Tutti i precitati autori, basandosi sulla complessità della sindrome clinica (alterazioni ossee, note antropologiche degenerative, arresto di sviluppo psichico), si rendono partigiani, chi più, chi meno, della teoria trofo-neurotica di *Erb*, il quale, come abbiamo innanzi già fatto rilevare, ritiene che disturbi funzionali degli apparati trofici centrali possano determinare delle alterazioni anatomiche negli apparati motori periferici e che la manifestazione morbosa cominci ad apparire nei muscoli appunto, i quali sono i più lontani dal centro trofico.

Secondo *Erb* ed i suoi seguaci, i centri trofici risiederebbero nelle cellule ganglionari della midolla spinale. *Pastrovich* così si esprime testualmente: « Certo alletta e molto e ben risponde alla dottrina dei

(1) La famille neuropatique. Arch. de Neurol. 1884 pag. 38.

(2) Delle Amiotrofie e della paralisi pseudo - ipertrofica in ispecie — Giornale di Neuropatie: 1881 anno V. —

(3) Revue de Medicine 1890 pag. 399.

(4) Contributo allo studio clinico anatomo - patologico delle distrofie muscolari progressive - Policlinico. 1890.

(5) Miopatia primitiva ed insufficienza mentale — Rivista mensile di Neuropatologia e Psichiatria 1900 N. 2.

(6) Due casi di amiotrofia — Rivista sperimentale di Freniatria — Fasc. IV 1900.

(7) Le condizioni mentali di tre amiotrofici — Rivista sperimentale di Fren. Vol. XXVII.

neuroni la geniale concezione di *Erb*, che sia sempre la cellula gangliare dei corni anteriori quella che per prima ammala, anche quando i nostri mezzi non bastino a scovrire in esso alcuna alterazione della struttura, e che il muscolo, come il più lontano dal centro trofico, tosto se ne risenta e risponda con l'atrofia alla lesione della sua cellula. Così, in un albero, che abbia le radici ammalate, le prime ad avvizzire sono le foglie dei rami più alti».

Raimond avendo constatato la stretta parentela, che esiste tra i tre gruppi fontamentali di atrofie muscolari progressive, e che nessuno dei molteplici caratteri, ritenuti specifici di ciascun gruppo, può dirsi nel senso assoluto veramente tale, ed avendo notato la esistenza di forme di transizione da un gruppo all'altro (ad esempio il tipo Werdnig-Hoffman potrebbe considerarsi come una forma di passaggio tra le atrofie mielopatiche e quelle miopatiche) fondò una teoria unitaria delle atrofie muscolari progressive: queste dipenderebbero tutte da una malattia del neurone periferico spino-muscolare, considerando così il muscolo come parte integrale del neurone stesso: e così a seconda della sede primitiva della lesione (muscolo - nervo - cellula ganglionare della midolla) si determinerebbe una sindrome miopatica, neurotica, mielopatica. —

Ma giustamente *E. Boix* (1) obbietta al *Raymond* che la sua seducente ipotesi è del tutto fondata sulla teoria del neurone, oggi più che mai tutt' altro che solida e sicura, e che estendere al muscolo l'unità neuronica è semplice arbitrio, che nessun dato oggettivo giustifica. D'altra parte, considerato il muscolo come continuazione del neurone, quando esso è invaso, e così gravemente, dal processo di atrofia può il centro trofico spinale restare del tutto integro, possono in altri termini le cellule radicolari non presentare la più piccola lesione?

Altri seguaci della teoria nervosa di *Erb*, e tra questi recentemente *Mondio*, mentre invocano nelle miopatie, un' alterazione dei centri trofici, quando si tratta di localizzarli, dalla midolla risalgono alla corteccia cerebrale. Ecco come si esprime *Mondio*: « A noi pare giustificato il concetto di già espresso, di ritenere, che il capitolo delle cerebro-plegie infantili e quelle delle distrofie muscolari possano con tutta probabilità avere una patogenesi cerebrale comune, differenziandosi piuttosto soltando nella loro sintomatologia e

(1) Vedi trattato di Charcot — Bouchard — Tom. X Pag. 489.

ciò per il variare della sede di localizzazione del processo morboso. Nel primo interessa di preferenza i centri motori, donde la frequenza della spasticità oltre i disturbi della intelligenza, nel secondo la lesione interessa la sede dei centri trofici, donde la disturbata nutrizione o meglio la frequenza, la precocità delle atrofie muscolari oltre i disturbi della intelligenza ». Noi non possiamo non notare, che, per quanto esistano caratteri differenziali tra le atrofie muscolari miopatiche, neuropatiche e mielopatiche, pur tuttavia vi sono punti di contatto reciproco ed affinità cliniche di gran lunga maggiori, che non tra le miopatie e le forme spastiche infantili. E la sindrome del *Little,* (1) che tiene ad una ipoplasia del neurone corticale, e che più si avvicinerebbe, per la natura della lesione, al presunto sostrato anatomico delle forme miopatiche, dal punto di vista clinico ne differisce fondamentalmente.

Nè analogia maggiore noi riscontriamo tra le miopatie e le amiotrofie di origine cerebrale, cioè per lesione corticale o sotto corticale: queste hanno sempre una fisionomia clinica ben definita e ben diversa da quelle delle miopatie, per ciò che riguarda la distribuzione e il decorso del processo atrofico.

Ma quandanche dei punti di contatto si volessero trovare tra le amiotrofie di origine corticale e le miopatie, è bene tener presente che la patogenesi delle prime è tutt'altro che chiara e definita. Come nota *Caracciolo* (2) ben dodici teorie al riguardo vi sono e di autorevoli osservatori: quella nevritica (*Dejerine* (3)), la talamica (*Eisenlhor* (4), la corticale diretta (*Petrina* (5), la teoria vasomoteria (*Roth e Mouratos, Marinesco* (6)) la teoria antropatica (*Gille de la Tourette* (7)) oltre le altre teorie ecclettiche, che ammettono un potere trofico cerebrale ma con diverse modalità.

Un fatto però pare sufficientemente assodato, specie per le ricerche sperimentali di CARACCIOLO: quando nel corso di paralisi inter-

(1) DONAGGIO. Idiozia e rigidità spastica. Riv. Sper. di Freniatria Vol. XXVII pag. 833.

(2) Le amiotrofie di origine cerebrale. Riv. Sper. di Freniatria. Vol. XXI- Pag. 486.

(3) De la névrite périphérique dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques. Sem: Med: 1889 . Compt. rend: de la Soc: de biologie: 1889.

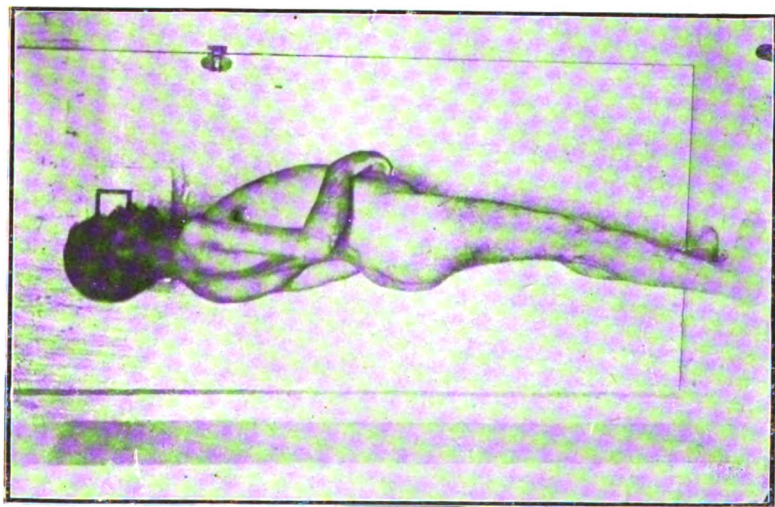
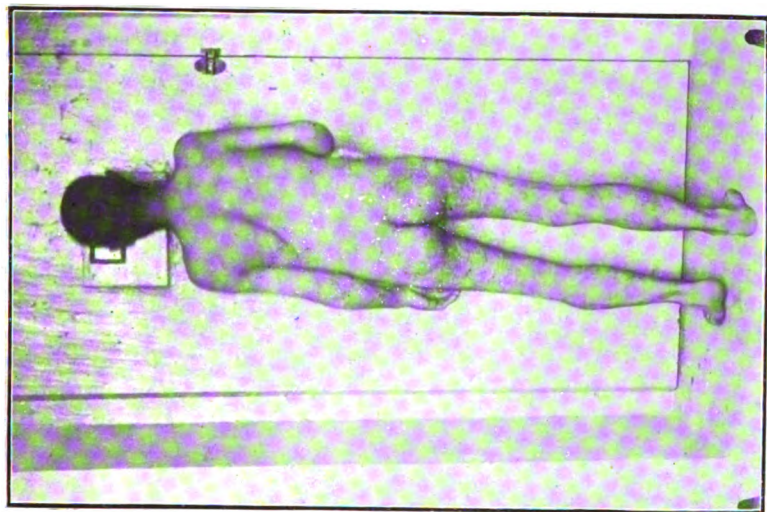
(4) Mushelatrophie und Elektrische Erregbarkeits Veränderung bei Hirnherden. Neurol: Central: 1890.

(5) Ueber cerebrale Muskelatrophie. Prager Med: Woch, 1899.

(6) Recherches sur l'atrophie musculaire et la contracture dans l'emiplégie organique Sem: Medic: 1898.

(7) Pathogénie et prophilaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs chez les hémiplégiques. Soc: Med: des hôp: 1897 Sem: Med. 1897

vengono processi di atrofia dei muscoli, degli arti paralizzati, questi dipendono dalla diffusione della lesione, dalle fibre discendenti degenerate alle cellule nervose della midolla spinale e alle fibre radicolari. Per contrario le nostre conoscenze attuali circa l'esistenza di centri trofici corticali, la loro ubicazione e indipendenza o meno dai centri motori e le vie conduttrici dello stimolo trofico ai centri inferiori spinali sono tuttora molto incerte. Allo stato attuale quindi se è prematuro considerare le forme miopatiche, mielopatiche e neurotiche, come semplici varianti di un'unica entità morbosa, non ci pare lo sia meno l'avvicinare le atrofie muscolari miopatiche alle paralisi spastiche infantili, semplicemente perchè alcuni dati clinici ne inducono a riconoscer loro una patogenesi cerebrale comune. Rimangono ancora delle grandi lacune circa la sede della presunta lesione corticale nelle miopatie. Certo, se una importanza ha il nostro caso clinico esposto, essa risiede nel fatto che nelle miopatie possono riscontrarsi lesioni ossee, sotto forma di arresto di sviluppo in massa, così come accade nelle paralisi spastiche infantili. Nè il dubbio che la miopatia si sia sviluppata appunto su di un arto, già paretico per lesione cerebrale, a noi sembra diminuisca l'importanza del caso clinico, perchè quando così fosse, dal fatto che ad una sindrome morbosa se ne può soprapporre un'altra si potrebbe dedurne che tra esse esista una certa affinità.

Noi però non pretendiamo di esagerare la importanza del caso riferito, nè abbiamo alcuna pretesa di contribuire con esso a delucidare la patogenesi delle miopatie. Ci accontentiamo pel momento di constatare che nel nostro soggetto in esame oltre la sindrome fenomenica complessa, già descritta dai fautori della teoria di *Erb* (deviazione della colonna vertebrale e note antropologiche degenerative, arresto di sviluppo psichico con epilessia) esiste anche un arresto di sviluppo delle ossa del cingolo scapolo omerale. Costatiamo pel momento così semplicemente il dato clinico, in attesa che dalle ricerche ulteriori, con l'applicazione larga e rigorosa di tutti i mezzi d'indagine istologica più recenti, i metodi neurofibrillari compresi, a tutto l'asse cerebro-spinale dei miopatici, scaturisca nuova luce alla patogenesi delle distrofie muscolari progressive.

IL MUSEO CIARAMELLA

Relazione di perizia psichiatrica sullo stato di mente di A. Ciaramella imputato di truffa e falso

DEL

PROF. ANDREA GRIMALDI

INTRODUZIONE

Come perito alienista avevo avuto l'agio di notare che le sorti di tanti disgraziati, sospinti nel cammino del delitto da forze morbose e da anomalie convergenti del corpo e dello spirito, cadessero per lo più in mani inesperte.

Mi passavano sott'occhio relazioni peritali che da poche e superficiali indagini, da impressioni incriticate, da un esame frettoloso di magre prove testimoniali arrivavano a giudizi clinici dati e accolti come la quintessenza del senno e del sapere.

Le funzioni dei sensi, sia che se ne guardasse il lato fisiologico o quello psicologico, sia che si volesse cogliere un'anomalia nervosa o un disturbo percettivo, erano esaminate con metodi semplici e grossolani pei quali le più fine alterazioni passavano inosservate.

Mancava uno studio dell'intelligenza condotto in modo da rendere obiettive particolarità individuali, specifiche, vuoi che rientrassero nelle variazioni normali, vuoi che sconfinassero nel patologico.

La vita affettiva — dato il dogma dell'egemonia della ragione — era messa in ultima linea e non contemplata quale sorgente prima — spesso autocratica, imperativa — d'azione; tante volte, guardata sinteticamente, non scomposta nei suoi elementi, non spogliata da vesti posticce, da velami svisatori.

Elucubrazioni da tavolino, convincimenti di maniera, argomentazioni dialettiche, colmanti i vuoti della sana ricerca obiettiva, erano messe insieme più per sostegno d'una tesi che per amore di verità, più per opportunismo che per giustizia.

E mentre la scienza si avviava a passo accelerato alla conquista di non fragili mezzi per la conoscenza dell'individualità, la psichia-

tria forense vagolava fra noi, salvo poche eccezioni, in una preistorica povertà di principî e di metodi.

Tutta l'obiettività si riduceva ad applicare alla carlona, senza opportuna selezione o acconcia valutazione, i trovati della scuola antropologica criminale, ora inneggiando a LOMBROSO, ora vituperandolo a seconda degl' interessi dell' accusa o dei fini della difesa (MORSELLI — Proemio ai « *Problemi della degenerazione* » di R. BRUGIA).

In generale « la individualità » del dilinquente, principio e causa, motivo e ragione del delitto, salvo, e non sempre, il concorso o la spinta di circostanze esteriori, non si vedeva, o si intravedeva appena, o si travedeva addirittura in quadri fatti di rozze pennellate e di tratti trasmigranti del vero.

*
* *

Alla urgenza di eliminare questi sconci spesi più volte la parola nelle aule della giustizia e m' adoperai a concorrere, il meglio che potevo, alla designazione delle vie larghe e luminose aperte dalla scienza e dei mezzi nuovi da essa apprestati, e nel nostro ambiente giudiziario fui tra i primi.

In ciò fare non ero mosso solamente da un obbligo di coscienza di servire la giustizia con fedeltà ed amore, ma dalla necessità pratica di non farmi trarre in inganno dal subiettivismo e dalle apparenze e tante volte di non pormi contro alle apparenze solo per tema che vi fosse l' inganno.

Come i nevropatalogi pei bisogni medico-legali, in ispecie in materia d' infortunii, si son visti — alle prese con sottili astuzie ed abili trucchi — obbligati a ricercare i cosidetti « segni obiettivi » cioè quei fenomeni fisio - somatici che l' arte e l' astuzia non possano produrre o celare a volontà e che siano l' espressione sincera dello stato delle funzioni; così lo psichiatra deve prendere in prestito alla psicologia sperimentale metodi e mezzi per giungere nei suoi soggetti, attraverso la complicata concatenazione e compenetrazione degli stati di coscienza, alla scoperta dei « segni obiettivi psicologici e psico - patologici » manifestazioni, cioè, della mentalità portanti la più vera e caratteristica impronta di varietà individuale.

In tal modo il perito alienista, coi meglio accertàti postulati dell'antropologia, coi più fini e più recenti mezzi dell' indagini neuro - fisiologiche, coi procedimenti tecnici più pratici ed efficaci della psico-

logia sperimentale cessa di essere colui che dà il suo parere, cioè colui che, se non crea i fatti, li plasma a modo suo, ed è quegli che li mette in luce quali sono e come sono, per sè, liberi di ogni intrusione di fattori personali capaci di subornarne il giudizio, purificati dalle finzioni dell'esaminando, siano esse inconscie menzogne espressive o meditati e voluti atteggiamenti ingannatori.

∴

Bei propositi, dicono taluni, in teoria, ma, in pratica, insufficienti e fallaci, perchè da una parte la intricata tessitura e l'onda varia dello spirito umano dall'altra l'imprecisione, la pochezza o la difficoltà della tecnica tarpano l'ali alle speranze di raggiungere così nobile fine.

Tradurre l'imputato in un laboratorio, le cui condizioni e la cui fornitura rispondano a tutte le esigenze delle ricerche psicologiche non è possibile; avere a disposizione in un carcere, o trasportarvi, apparecchi e strumenti ed istallarveli, convenientemente, non è, purtroppo, facile: quindi, dicono, teniamoci all'osservazione.

Pur non negando all'osservazione, purchè serena e il più possibilmente obiettiva, della quale lo sperimentatore stesso non può fare a meno, la sua grande utilità e il suo valore sussidiario ritengo che il metodo sperimentale, applicato alle ricerche psichiatriche, sia una novella e valida forza nelle mani di coloro che amano vedere la psichiatria forense procedere verso più sereni orizzonti ed assidersi su più solide basi, coranata di quella fiducia che le si nega a causa dei suoi contradittorii verdetti.

Educati al rigore scientifico dei metodi obiettivi, pei quali le grandi istallazioni e gl'ingombranti macchinarii non sono indispensabili, si finisce per essere più rispettosi del vero e colla conquista di, sia pure mediocri, successi, si prende lena per raggiungerne dei maggiori.

Occorre provare solo, perchè si acquisti presto la fede; ed oggi la schiera di quelli che vogliono provare aumenta sensibilmente (PADOVANI — I « *testi mentali* » *nella pratica psichiatrica e medico-forense.* — Note e riviste di psichiatria — Aprile - Giugno 1908).

Non si tratta, per allontanare equivoci, di farmi antesignano dell'applicazione d'un metodo già da tempo inaugurato negli studii psichiatrici da un grande agitatore di idee, il KRAEPELIN, si tratta solo di applicarlo più largamente alla pratica medico-forense qui

dove — nessuno lo può negare — passano per alienisti, negli ambienti giudiziarî, dei faccendieri così sprovvisti di un serio corredo di nozioni e di un sano indirizzo semiologico, come ignari dei progressi della scienza.

Si tratta di allargare e perfezionare l'indagine psicologica nello studio del delinquente, indagine che va assumendo un posto eminente nella psichiatria forense da che al *periodo antropologico* è succeduto quello che si può ben chiamare *periodo psicologico,* cui toccheranno ancora — avvalendosi del metodo sperimentale — maggiori successi.

E sono appunto questi tentativi sperimentali, di cui già coi Prof. Gaetano Corrado e Antonio Raffaele detti un saggio nel libro « *La Personalità somato-psichica d'una isterica omicida* », tentativi, non vani agli interessi della scienza e della giustizia, che formano la parte essenziale delle pagine successive e la ragione della loro pubblicazione.

Essi sono legati allo studio d'un individuo, il cui reato costituisce un caso nuovo negli annali della psichiatria forense, studio che mi fu affidato dal Cav. Federico Celentano presidente dell'ufficio d'istruzione del tribunale di Napoli. A questa nobile figura di magistrato, nel quale si congiungono, con mirabile fusione, il sapere e la rettitudine io rendo qui le dovute pubbliche grazie.

I.

Come fu scoperto il falso.

Alle ore 13 del 27 Maggio 1905 un uomo ancor giovane e dalle apparenze signorili si presentava al portinaio d'un palazzo in via Pirro Ligurio al Vomero ed esigeva la consegna delle chiavi di alcuni locali ch' egli aveva in fitto nello stesso palazzo, chiavi che il portinaio aveva tenuto in consegna per parecchi mesi: quell' uomo era Alfredo Ciaramella. Esso era in quel momento abbattuto, pareva perseguitato dalla sventura e balbettava poche parole. Nel chieder le chiavi addusse il pretesto di dover partire, ed avvertì che all' indomani suo fratello sarebbe andato a rilevare alcuni quadri dei molti che erano depositati in quel locale. Il portinaio, anche egli visibilmente inquieto e nello stesso tempo sorpreso pel contegno del suo interlocutore, era esitante nell'ottemperare alla richiesta, perchè invaso da vaghi sospetti. Quindi, prima di consegnare le chiavi, sollecitò l' intervento del proprietario del palazzo Signor Mazzetti Francesco e volle inoltre che il Ciaramella gli lasciasse una dichiarazione scritta esprimente la fedeltà colla quale da lui s' era esplicato il mandato di custodire gli oggetti a lui affidati.

Nella stessa ora, a un di presso, una scena non meno singolare avveniva negli ufficî del debito pubblico presso l'Intendenza di finanza. La contessa Lucia Cipriani accompagnata dal Barone di Brocchetti, tesoriere del Banco di Napoli, dalla nuora Laura Lanza e da una cameriera cavava da un involucro di carta, posto in una borsa, alcune cartelle di rendita al latore e le presentava al segretario di quell' Ufficio, Cav. Scè Giacinto, chiedendo che fossero tramutate in cartelle intestate a suo figlio Gennaro, marito della signora Lanza.

Il Cav. Scè, osservate le cartelle, si accorse che 22 di esse erano state grossolanamente falsificate coll'alterazione dell'ammontare di lire 5 originario in lire 1000 per ciascuna, e ne avvertì la signora, la quale rimase esterrefatta e dettesi a gridare e a smaniare.

Il solerte ufficiale domandò poi per mano di chi fossero passati i titoli e la contessa rispose che non altri li aveva toccati se non il suo segretario Alfredo Ciaramella, il quale si era da due giorni ecclissato. I titoli per ordine dell'Intendente di finanza Comm. Scipione Paradisi venivano sequestrati e del fatto si dava avviso telefonico al

Questore, il quale, avendo raccolta per mezzo del delegato di P. S. Sig. Catalano, inviato presso la Sig.ª Cipriani, la denunzia verbale di costei avverso l' infedele segretario, dava ordini ad alcuni suoi dipendenti che lo si fosse rintracciato e tratto in arresto e ad altri che si fossero seguitate le indagini volute dal caso.

Chi era questo Ciaramella, divenuto ad un tratto l'uomo del giorno?

Ciaramella Alfredo è figlio di Alfonso Ciaramella, persona onestissima, il quale era stato fino alla sua morte amministratore della signora Cipriani madre di Francesco Balsamo, Conte di Loreto. L'Alfredo, impiegato all'ufficio valori della ferrovia, godendo fama d'uomo integro e scrupolosissimo nell' adempimento dei suoi doveri era stato chiamato presso la signora ad occupare il posto lasciato vacante dal defunto genitore ed era riuscito ad ispirarle così completa fiducia che più che come segretario era da lei tenuto come persona di casa.

Nulla lasciava trasparire ch'egli abusasse di tale fiducia: le sue abitudini modeste non s'erano mai modificate, la sua morigeratezza non s'era mai smentita, la sua fedeltà pareva incrollabile.

Nella propria abitazione il Ciaramella, che conviveva colla madre e i fratelli, occupava una cameretta nella quale era mantenuta una semplicità di arredamento quasi da cenobita. Lontano dallo spendere denari per bisogni men che necessarî vestiva con abiti dimessi ed aveva diligentemente schivate le donne e gli amori. Egli era riuscito a dissimulare con cura alcune tendenze che da qualche tempo gli aveano preso la mano e lo spingevano innanzi con moto uniformemente accelerato.

Una di queste sue tendenze consisteva nel far collezione di quadri e di oggetti antichi. Quando avesse cominciato ad acquistarne non si sa con precisione; ma si sa che nel Marzo 1903 prese in affitto alcuni locali a pianterreno al 3.° palazzo Mazzetti al Vomero. Quivi pochi giorni dopo fece trasportare una diecina di grossi quadri. A questi se ne aggiunsero altri e poi altri ancora finché, diventati incapaci i primi ambienti, egli dovette locarne di nuovi i quali, alla lor volta, divennero ben presto angusti. Il Ciaramella pareva geloso di quella raccolta e aveva dato al portinaio del palazzo, Salvatore Palumbo, ordine tassativo di non lasciare entrare nessuno. Costui, una volta, si arrischiò a domandare al Ciaramella se tutta quella roba fosse destinata alla vendita e quegli rispose, « vedremo: per ora non so decidermi ». Più tardi fu ammesso con grande cautela a frequen-

tare il locale il pittore Biolatz, impiegato al Museo Nazionale di Napoli il quale esprimeva il suo giudizio sugli acquisti che il Ciaramella faceva. Non si parlò mai di vendita: solamente il 25 Maggio dello stesso anno si recò a visitare la collezione il Prof. Conte Angelo, Direttore della Pinacoteca Nazionale invitatovi dal Ciaramella per dare un parere sul valore di quei quadri in caso di vendita e pare che il Prof. Conte avesse manifestato il desiderio di acquistare per conto del Museo Nazionale un quadro del Solimena «la Regina di Saba» due quadri di Mattia Prete, ed uno del Mengs, rappresentante il Tanucci, e che si fosse espresso in senso molto favorevole per altri quadri.

Il Ciaramella era riuscito ancora a sottrarre all'altrui osservazione un'altra sua tendenza, alla quale aveva immolato larghe somme la cui portata era sconosciuta, ma che si poteva argomentare da un gran numero di biglietti del lotto pubblico recanti vistose giuocate fino alla posta di lire 100, che furono rinvenuti dagli agenti della questura in una cassa che giaceva sotto un letto, allorchè fu eseguita la perquisizione nell'abitazione di lui, e da parecchi altri biglietti che gli si trovarono nelle tasche, allorchè fu tratto in arresto (verbale dei RR. Carabinieri).

Le ragioni dell'esame psichiatrico.

Le congetture pessimiste son sempre le prime a farsi strada quando i fasti della criminalità si arricchiscono di qualche nuovo e grande avvenimento, di quelli che le cronache dei grandi periodici gettano, con sfoggio di particolari, in pascolo all'avida curiosità dei lettori. Quindi le prime voci che, dopo l'annunzio della gesta del Ciaramella, ne investirono il nome furono quelle di ladro, d'imbroglione, d'ingrato e via dicendo. Questi giudizî non parevano poi destituiti di fondamento.

L'abuso di fiducia, la falsificazione dei titoli, l'appropriazione del denaro, una somma che in una popolazione fatta in gran parte di nullatenenti, con una media di ricchezza che rasenta la povertà, doveva parere ingente, l'acquisto di oggetti, i quali per la loro natura conferivano a questo l'aria di essere fatto allo scopo di costituire più una vasta azienda commerciale che un museo, erano in apparenza validi argomenti a siffatti giudizii sfavorevoli. D'altronde nella bilancia dei più correnti principi critici delle azioni umane aveva gran peso il criterio che per attuare un piano, come quello eseguito dal Ciaramella, occorreva una dose di astuzia e di avvedutezza che si dà come attri-

buto dei criminali intelligenti o dei grandi furfanti. Ma non mancavano coloro ai quali pareva per lo meno strana l'idea di perpetrare un furto imponente per accumulare dipinti, di valore assai discutibile, con una prospettiva che non avrebbe dovuto parer dubbia ad un critico men che mediocre.

E naturalmente, poichè il Ciaramella era irreperibile, non c'era di meglio a fare che divertirsi ad imbastire commenti. Ma finalmente la latitanza di lui che, per mancanza di fondi, non avrebbe potuto prolungarsi molto, fu interrotta ad opera dell'Arma benemerita il 19 Giugno 1905, e il verbo del Ciaramella si potette alla fine udire.

Nel suo interrogatorio, d'una spontaneità quasi puerile, fu svelato il motivo dei suoi atti criminosi — Egli disse queste parole: « Dopo tre o quattro anni di servizio (presso la Contessa Cipriani), prestato sempre con fedeltà ed onore al pari di quello da me, per 13 anni, prestato nell'amministrazione delle ferrovie, feci uno *splendido proponimento,* il quale avrebbe prodotto uno *splendido risultato,* se non fossi stato travolto dalla più crudele sventura. Mi proposi di far sorgere col danaro della contessa una pinacoteca di prim' ordine, unica nelle Provincie meridionali d'Italia, riunendo specialmente i quadri della scuola napoletana, la quale è superiore a tante altre: la Contessa ne sarebbe rimasta la proprietaria, ed io probabilmente ne sarei stato il direttore. »

Confessò anche le ragioni che lo avevano indotto a non rivelare i suoi piani alla Contessa, a servirsi del di lei denaro, a gettarsi a capo fitto nel giuoco del lotto e finalmente, scoperte le sue malversazioni, a chiedere, per mezzo di Monsignore Ippolito, una dilazione alla permuta dei titoli per stornare l'intervento della giustizia; ragioni che erano una così stringente spiegazione logica di tutti gli eventi che non pareva potessero essere suscettibili di sospetto.

Insomma tutta la catena degli errori derivava dal proposito di fondare un Museo, proposito dietro al quale doveva trovarsi o lo stimolo di materiale interesse o una di quelle travolgenti passioni per l'arte la cui origine, in quanto c'è di eccessivo e di coartante, si può trovare solo nella patologia dello spirito.

Il suo amore pei quadri, la sua passione per l'arte, era la conseguenza di una naturale inclinazione causata da un talento artistico irrompente, o non più tosto illusione d'un temperamento vanesio generatrice di suggestioni presto accolte da una mente inferiore? Ovvero era da escludersi l'una o l'altra di queste ipotesi per andar

a cercare, invece, all'ombra del Museo l'astuto truffatore, proponentesi con cosciente determinazione l'obbietivo di nascondere il furto dietro il paravento d' una impresa pazzesca? Mai come in questo caso la necessità dello studio psichiatrico d'una così singolare figura di delinquente scaturiva limpida e piana.

E la Giustizia credette che tale studio si dovesse fare.

Chiamato dalla fiducia del magistrato al non lieve compito mi misi all'opera col proposito di scoprire la verità con metodi d'indagine se non nuovi certo non comuni. Le indagini somato-fisiologiche del Ciaramella furono per me oggetto di opportuna attenzione, e all'uopo anche di lavori delicati, lunghi e pazienti. Non trascurai un ampio studio psicologico, come ho fatto in altri casi, perchè non posso menar buona al LONGO *(Psicologia criminale.* BOCCA. 1906. Pag. 70), il quale se n'è certo formata l'opinione fermandosi sulle perizie di mestieranti della psichiatria, che i psichiatri trascurano l'esame della vita psichica superiore — coscienza, intelligenza, volontà — a vantaggio di quello della vita psichica minore — sensibilità, emotività, affetto, sentimenti — sconoscendo del resto, con ciò dire, la grande influenza che appunto quest'ultima esercita sull'altra nel funzionamento normale della mente, influenza che diventa preponderante nelle personalità invalide e degenerate.

Il proposito di raccogliere il maggior numero di dati obbiettivi, non suscettibili di ambigue interpretazioni, ritengo sia stato da me raggiunto.

Genealogia del Ciaramella.

Le alterazioni del sistema nervoso, le anomalie della mente e del carattere figurano largamente nella famiglia Ciaramella e vi figurano pure delle particolari disposizioni per l'arte che in alcuni suoi membri raggiunsero il grado di un vero talento artistico. Nel ramo paterno l'ava era affetta da epilessia, infermità che fu ereditata dal figlio Alfonso, padre dell'imputato.

Alfonso Ciaramella morì in età ancora giovane per congestione cerebrale consecutiva ad attacchi epilettici, come ebbe a deporre il dottor TESORONE GIULIO che fu per molti anni medico di famiglia. Egli prima di morire fu anche visitato dal Prof: LEONARDO BIANCHI, il quale lo riconobbe infermo di epilessia e sclerosi diffusa post-epilettica.

Dei figli di costui due morirono all'alba della vita, cioè appena di pochi mesi, ed un altro a 25 anni di male cardiaco.

Il ramo materno non era meno scevro di pecche. Il bisavo Andrea Ricca si dedicò alla scultura e all'arte della ceremica e fece quattrini; ma dilapidò poi il suo patrimonio, impigliandosi nella pania della politica. Dei suoi figli, Pasquale, bizzarro ed eccentrico in gioventù, manifestò una vera passione per la scultura, alla quale si dedicò con tanto slancio che, vincendo difficoltà ed ostacoli, riuscì, appena diciasettenne, ad ottenere un premio in un concorso bandito dall'Accademia di belle Arti di Napoli. Ma quanto guadagnò di poi nella sua fortunata carriera artistica perdette in speculazioni andate a male e nel mantenere un lusso smodato. Cadde perciò in ristrettezze economiche e per far fronte ai bisogni cedette a prezzi vilissimi una ricca collezione di quadri, vasi e bronzi antichi di cui era adorna la sua abitazione.

Della sua numerosa prole, di cui vissero solo sei figli, uno a nome Claudio fece fortuna come scultore in Francia; ma perdette tutto in una cattiva speculazione. Ritornato in Napoli fu colpito da strane idee deliranti ed occupò anche la cronaca cittadina di quei tempi per un atto di pazzia che trovasi narrato nel giornale « Roma » del 28 e 29 Gennaio 1885. La figlia Sofia andò sposa ad Alfonso Ciaramella.

Le precedenti notizie fornitemi dall' imputato, e desunte pure da alcune deposizioni, sono in parte confermate dai documenti dianzi citati e costituiscono — se si vogliono accettare anche solo le documentate — dei fatti non trascurabili.

Alcuni dei più importanti interrogatorii.

29 Sett. 1905 — (Assiste il Giudice istruttore Cav. Celentano).

— Come vi chiamate ?

— Alfredo Ciaramella fu Alfonso e Sofia Ricca.

— Avete germani ?

— Ho due fratelli e due sorelle nubili.

— Avete particolari notizie da dare intorno alle famiglie dei vostri genitori ?

— Mia madre era discendente dei Baroni Ricca. In quanto alle origini della famiglia paterna feci ricerche presso l'archivio di Stato.

— A quale scopo faceste queste ricerche ?

— In primo luogo, perchè il mondo ci tiene, e in secondo, perchè dalla contessa era tenuto come persona di famiglia e volevo veramente trovarmi alla pari.

— Vostro padre da quanto tempo l' avete perduto ?

— Mio padre è morto a 49 anni di attacco cerebrale: io aveva allora circa 27 anni.

— Avete fatto degli studi?

— Ho fatto gli studi tecnici fino alla 3ª classe. Poi frequentai le scuole commerciali serali Santamaria dove presi la licenza con buoni punti. Ho appreso un pò d' inglese col Prof. della Ragione e un pó di tedesco col Prof. Frouth; anche tentai di apprendere l' arabo ed il cinese per accrescere la mia cultura.

— Quali occupazicni avete avuto?

— A 18 anni entrai nell' Amministrazione ferroviaria come scrivano avventizio; ma dopo un mese sostenni un esame e fui promosso scrivano applicato. Salii poi per gradi fino al posto che attualmente occupo.

— Quando entraste ai servizî della contessa Balsamo?

— Dopo la morte di mio padre e non tardai a divenire l' amministratore generale delle sostanze della detta signora.

— Quando vi venne l' idea di metter mano alle somme a voi affidate?

— Per 3 o 4 anni una simile idea non si affacciò alla mia mente!

— Ma allora non avevate ancora fatto il progetto di fondare il museo?

— Il progetto di fondare un museo di opere di artisti principalmente napoletani lo avevo fatto già prima di essere occupato presso la contessa, ma l'avevo tenuto segreto.

— A che prò tenervelo segreto?

— Perché il mondo è cattivo e qualcuno se ne sarebbe appropriato.

— Vi eravate mai occupato di cose d'arte?

— Avevo sempre in me cocente il desiderio di acquistare oggetti d'arte e grande il rammarico di non poterlo fare per mancanza di mezzi.

— Con simile propensione per le arti non procuraste di addestrarvi in qualcuna di esse?

— Non ho potuto apprendere l' arte del disegno e della pittura, perchè me n' é mancato il tempo, ma ho grandi attitudini naturali, come potete vedere da queste figure (le esibisce).

8 Ottobre 1905.

— Col fondare il museo che vi proponevate?

— Mi proponevo di venire in aiuto all'umanità afflitta da tanti mali!

— E in che maniera?

— Impiantato il Museo ne sarei stato il direttore, la Contessa serbandone la proprietà. Se costei non avesse voluto, avrei cercato di rimborsarla della somma a lei presa.

— Non si fa presto a mettere insieme mezzo milione!

— Anzi sarebbe stato facile cogli utili che si sarebbero ricavati da una tassa di entrata al museo stesso, colla vendita di fotografie, col commercio

di quadri di artisti contemporanei, le cui produzioni avrei cercato di smaltire all'ombra del credito acquistato, e col commercio di quadri antichi di minor conto, le opere migliori riservandole ad arricchire il museo. In conseguenza di tutto ciò avrei potuto agevolmente rimanere proprietario del museo.

— A questo si limitava il vostro piano?

— Non era tutto! Colle rendite avrei fatto una Banca per sollevare la polazione dall' usura; avrei soccorso gli artisti e facilitata la vendita dei loro quadri; avrei promosso accademie musicali e devoluti gli introiti allo stesso scopo; avrei costituito un patronato di dame napoletane per raccogliere oblazioni sia per l' acquisto dei quadri che per impinguare i fondi della Banca di soccorso.

— Che più? !

— Per poter meglio svolgere tutto il programma mi sarei fatto frate, perchè sotto l' abito monastico avrei meglio ispirato fiducia negli altri, ed animati essi alla carità ed allo sviluppo dei miei progetti!

— Non vi pare il vostro piano un' utopia irrealizzabile, qualche cosa di pazzesco?

— Tutti i progetti sono buoni quando riescono e prodotto di menti malate quando falliscono. Se fossi riuscito nell' impresa sarei stato un grande uomo: si capisce che non essendo riuscito sono un pazzo e un ladro!

16 Ottobre 1905.

Si presenta sempre collo stesso contegno signorile, manieroso, corretto, mantenendosi a debita distanza e non mettendosi a sedere se non quando ne è invitato. Porta dei libri (una grammatica latina). S' intavola subito la conversazione.

— Che sono quei libri?

— . . . . mi son messo a studiare il latino, perchè senza del latino non potrei entrare nella vita monastica.

— Ma siete sicuro di andar libero?

— Mi spetta di essere messo in libertà, non essendo stato un ladro e non avendo tratto alcun profitto personale nè dai quadri, nè dai denari della contessa.

— Si dice, invece, che dobbiate avere delle somme nascoste.

— È falso. Si sa che nemmeno un pò di biancheria per la dote di mia sorella Isabella son riuscito ad acquistare. Un mio fratello che godeva tutta la fiducia dello zio — Alberto Tarantino — agente di cambio, aveva bisogno di una cauzione e si rivolse a me, ma io non credetti con-

veniente prelevare, per tale scopo, un soldo dalle somme che avevo nelle mani.

— E che poi decimaste per intenti personali.

— Ma non per scopi lucrativi.

— E credete ancora possibile occuparvi del museo?

— Debbo ad ogni costo realizzare il sogno di fondare il Museo coi mezzi che riassumo:

1. Farmi frate.
2. Dare dei concerti a pagamento nei quali io stesso farei da cantante.
3. Formare il patronato di signore napoletane.
4. Ritentare il giuoco del lotto.

— Come, non vi siete ancora accorto che il giuoco del lotto mena alla rovina ?

— Adesso sono in possesso di una regola sicura.

— Avete dunque un vasto programma per quando uscirete dal carcere!

— Sicuro. Se uscissi ora farei vendere i quadri a prezzo tale da rimborsare la contessa di quanto è creditrice e me ne rimarrebbe d'avanzo, perche l'estimatore chiamato dalla Giustizia poco s'intende di opere d'arte, nonostante la sua proclamata competenza!

Solo il quadro del Rubens che fu visto da persone veramente competenti, e che fu da queste dichiarato un Bubens autentico, basterebbe a dimostrare la poca valentia dell'estimatore.

Possedevo dei quadri di del Prete (Calabria) che sono gli unici al mondo e sarebbe doloroso fossero barattati pel prezzo di stima.

Ho pure quadri di Sebastiano del Piombo, del Mengs, del Baroccio, del Tintoretto, del Perugino, ed altri molti, tutti pregiati, come si può rilevare dal catalogo.

Parecchi di quei quadri onorerebbero qualunque museo anche fra i più importanti.

Io feci istanza al Direttore delle carceri per scrivere a S. A. R. la Duchessa d'Aosta, che so grande amatrice delle arti, perchè avesse acquistati personalmente i quadri, o per mezzo di un comitato di dame da lei promosso e presieduto; ma mi fu negato.

Pare quasi che non facessi più parte del genere umano. Mi è stato perfino impedito di mandare un obolo agli sventurati colpiti dal terremoto delle Calabrie.

A questo punto interrompe il discorso e passa di botto ad altro argomento. Narra le sventure della famiglia B. nei suoi ascendenti e nei collaterali, per dedurne che le ricchezze di essa non devono avere un'origine onesta e che la disdetta da cui è perseguitata tocca tutti coloro che

hanno rapporti con essa e conchiude: Mio padre é morto a 49 anni, perdendo in commercio molte migliaia di lire. Ed io son qui!

7 Novembre 1905.

Si lamenta del suo stato di salute, notando segni di recrudescenza della sua discrasia uro-ossalica. Avverte una debolezza generale ed un continuo mal di capo con particolare localizzazione alla fronte.

É in veritá pallido e con cera stanca.

Son ridotto in questo stato egli dice e non c'è chi mi soccorra, quantunque abbia cercato di fare il bene. Dai miei stipendi ho prestato, quando ho potuto, piccole somme a compagni bisognosi. Sono stato sempre sensibile alle altrui miserie ed ho contribuito con l'opera, non potendo col denaro, a quelle istituzioni che si propongono di fare il bene e di educare al bene.

Feci parte della società *zoofila* e della — *Société des sauveurs des Alpes maritimes* — e mi proponevo di venire in aiuto all'umanità con mezzi più larghi: pensai perciò alla *società di patronato*.

Questa idea del patronato l'avevo anche accennata in famiglia, ma mi ero sempre astenuto, pel mio carattere riservato, dal far conoscere interamente i miei progetti.

L'idea del patronato fu da me rimandata, perchè anche mio fratello, che aveva avuto una idea simile — per l'incremento industriale di Napoli — si rivolse a S. M. il Re ed ebbe una risposta non favorevole alla sua iniziativa.

Me ne doisi perchè mi si precluse la via del patronato di soccorso; ma, se il Re avesse appoggiato il progetto di mio fratello, lo sviluppo economico di Napoli ne sarebbe stato favorito, specialmente nel ramo delle industrie seriche.

Si mostra anche assai preeccupato per aver saputo che dalla contessa si vogliono vendere i quadri all'asta. É addirittura accasciato per questa notizia, perchè dice che, ove si commettesse questo errore, tutte le sue fatiche sarebbero perdute per sempre ed andrebbero disperse opere preziose che la fortuna volle far giungere nelle sue mani. Se la piglia infine col Direttore del carcere, perchè gli à impedito di rivolgere una supplica alla Duchessa d'Aosta ed aggiunge: « mi sarei anche rivolto all'arcivescovo di Napoli ed a sua Santità; ma a me tutto è vietato, mentre fu dato corso ad una istanza che un detenuto, un condannato all'ergastolo, aveva creduto indirizzare a sua Maestà ».

13 Gennaio 1906.

— Dopo la morte di vostro padre chi assunse il governo della vostra famiglia?

— Il peso della famiglia venne a gravitare sulle mie spalle, ma mi accinsi a sostenerlo di buona voglia da una parte conscio del mio dovere, dall'altra perchè venivo a soddisfare un bisogno del cuore.

— Per ciò sollecitaste forse l' occupazione del posto che aveva vostro padre?

— Nessuna richiesta io feci per entrare ai servizî della Contessa; fu costei che mi volle continuatore dell'opera di mio padre, il quale aveva lasciato buona memoria di sè per la sua onestà e pel suo zelo.

— Rimasto a capo della famiglia non pensaste a dar marito alle sorelle?

— Mi premeva più la loro salute che il maritarle, essendo stato sempre contrario al matrimonio. Non son mancate richieste, ma mi sono adoperato di sventarle, perchè le condizioni degli aspiranti ora difettavano dal lato economico, ora dai requisiti di moralità.

Mi rendevo, del resto, perfetto conto delle difficoltà della vita matrimoniale e dei guai che vi si incontrano, essendo il mondo popolato di tristi, propensi al male e perció disadatti al compito di portare avanti una famiglia.

Per la stessa ragione non ero propenso alle amicizie, perchè fin da piccolo m'ero accorto dei mali che derivano dai cattivi compagni, dai quali si puó essere trascinati in luoghi dove la salute non à da guadagnare.

M'ero accorto che l'amicizia non é sicura, perchè nell'uomo domina l'egoismo, che ognuno cerca di giovare anzi tutto a sè e che la massima di Cristo — che tutti dobbiamo essere fratelli — non è punto praticata.

— Avevate dunque un atteggiamento di diffidenza verso il prossimo?

— Non guardavo con diffidenza il prossimo, ma procuravo di astenermi dall'entrare con esso in maggiore e più intimo contatto.

— E come ciò si concilia col vostro proposito di fare il bene?

— Appunto perchè vedevo i mali ero animato dall'idea di concorrere a rimediarvi! Ma senza mezzi non si fa niente! Mi proposi quindi di rialzare le mie sorti ed intrapresi l'effettuazione del programma che vi esposi, di cui l'impianto del Museo era il principale. — Oh! se la contessa mi avesse compreso e se avessi vinto al lotto quali grandi cose avrei compiute!

Caratteri antropologici.

Cranio mesaticefalo con leggiera plagiocefolia frontale destra. Leggiero aggetto delle arcate sopraccigliari con mediocre sfuggenza della fronte.

La faccia, il cui apparato di masticazione è abbastanza sviluppato, pare avanzante un tantino il capo in volume. Bocca larga, labbra alquanto grosse. Arcate denterie robuste, di cui la inferiore provvista di

16 denti, nei quali di particolare si nota oltre la carie di alcuni e l'enorme accumulo tofaceo sui grossi molari, l'avanzare dei canini i quali vengono a stare fuori posto.

Il mascellare superiore ha 15 denti, perché un canino, grandissimo, che era addirittura cacciato fuori dell'arcata dentaria e fu dal Ciaramella fatto cavare, costituiva una deformità. Volta palatina d'una asimmetria marcatissima, profonda più da un lato, il sinistro, che dell'altro, il destro. La sutura mediana è fortemente spostata verso sinistra.

Occhio destro più basso del sinistro. Iride bicromatica castagno chiaro, quasi giallo, verso il centro, che manda gittate a raggi irregolari verso la periferia, che è grigiastra.

Orecchie piuttosto grandi con elice sviluppato ed accenno di tubercolo.

Naso robusto nel corpo terminante a punta acuta, deviata verso destra. Unghie dei piedi quasi rudimentali specie al piede sinistro.

Mano piuttosto tozza.

Nei genitali leggiera fimosi, ghiande quasi infantile.

Antropometria.

Peso (a digiuno)	Kg.	66,800
Altezza	m.	1,63
Apertura delle braccia	»	1,66
Circonferenza del cranio alla base . .	mm.	580
Curva longitudinale	»	340
Curva trasversale	»	330
Diametro ant. post.	»	192
id. . . . trasverso	»	150
Altezza della faccia	»	198
Altezza della fronte	»	60
P. . . . bizigomatico	»	120
id. . . . bimandibolare	»	100
Larghezza della fronte	»	110
Larghezza della bocca	»	58
Altezza delle orecchie	»	65
Larghezza delle orecchie	»	42
Indice cefalico		78,12

Funzioni di nutrizione.

La nutrizione del Ciaramella è andata scadendo durante la prigionia ed ora la pelle, floscia, povera di adipe, si solleva in larghe pliche. Egli ha sofferto dolori vaganti, reumi, accompagnati da senso di malessere: recrudescenza della diatesi urossolica di cui è affetto. L'esame d'urina praticato dopo uno di tali attacchi riscontrò in essa i seguenti caratteri e componenti chimici: Consistenza acquosa, reazione poco acida, odore urinoso, densità, a + 15, 1016, urea g.mi 12 °|₀₀ acido urico gm. 0. 25 °|₀₀, solfati scarsi, cloruri scarsi, acido fosforico totale in sensibile aumento, fosfati aumentati, tracce di mucina e di albumina, indicano in lieve eccesso, abbondante acido ossalico. All'esame microscopico dell'urina stessa si trovarono: pochi cristallini di ossalato, rarissimi cristalli romboidali di acido urico, qualche granulo di urato acido di sodio, assenza di elementi figurati patologici del rene.

Il polso oscilla intorno ai 79 battiti e il respiro intorno ai 14. Niente di notevole all'esame obiettivo degli organi interni.

Esame della sensibilità.

Sensibilità tattile.

La sensibilità di contatto semplice esaminata mediante un rotolino di carta è regolare su tutta la superficie del corpo. Riconosce strisciamenti, volute, zig - zig - durata e lunghezza dei contatti. Non gli sfuggono le proprietà fisiche dei corpi; levigatezza, scabrosità, consistenza, igroscopia. Arriva ad apprezzare di una moneta da 10 centesimi il dritto ed il rovescio, regolandosi dalle impronte. È invece totalmente attutita la sensibilità al toccamento di tutta quella parte della congiuntiva che riveste il bulbo oculare.

Le ricerche estesiometriche hanno dato in tre esperienze consecutive i risultati espressi in cifre nella tavola seguente.

REGIONI ESPLORATE	1.° ESPERIM.		2.° ESPERIM.		3.° ESPERIM.		MEDIA	
Apice della lingua. . .	2.7		1.5		2		2	
Bordo delle labbra . .	2.1		2		1.5		1.8	
Apice del naso. . . .	2		2		2		2	
DITO MEDIO	*D*	*S*	*D*	*S*	*D*	*S*	*D*	*S*
Apice del polpastrello .	2.5	3.0	2	2.5	2.5	3	2.3	2.8
Linea art. ul. falange .	4.5	7.5	5	5	4.5	6	4.6	6.1
Punto med. pal. 2.ª falange.	8	7.5	7.5	7.5	8	7.5	7.8	7.5
Articol. della 1.ª e 2.ª fa.	8.5	10	8	8	8	9	8.1	9.3
Punto med. pal. 1.ª falan.	8	8	7.5	8	9	8	8.1	8
PALMA								
Testa del 3.° metacarpo.	8	12	8	11.8	8	12	8	11.9
Punto med. palm. del meta.	13,5	14	14	14	13.5	14	13.6	14
Tra le due eminenze tenar.	14	13	14	13	14	13	14	13
POLSO								
Asse dell'art. radio-carpeo	30	29	29	28.5	30	29	29.6	28.8
AVAMBRACCIO								
Subito dopo l'art. del polso	35	30	34	29	34	30	34.3	29.6
3.° inferiore	50	35.5	48	32	48	40	48.6	35.8
3.° medio	51	38.5	50	43	51	42	50.6	41.5
3.° superiore.	50	61	55	60	54	60	53	60.3
GOMITO								
Sotto la piega del gomit.	62	62	61	61	62	61	61.3	61.3
Sull'articolazione. . . .	59	64	57	55	58	56	64.3	65
BRACCIO								
Terzo inferiore. . . .	65	60	64	61	65	60	64.3	60.3
Terzo medio	70	65	69	63	70	64.5	69.3	64.1
Terzo superiore . . .	70	65	69.5	65	70	65	69.8	65
SPALLA								
Regione deltoidea . .	63	65	64	66	63	65	63.3	65.3

Si rileva che la facoltà di percepire le due punte è migliore a destra che a sinistra alle estremità delle dita, ma, a misura che il territorio esaminato se ne allontana, la finezza percettiva si sposta a sinistra per quanto in grado lieve.

Ciò farebbe supporre un mancinismo sensorio tattile originario generale che si è corretto coll'esercizio là dove la superficie cutanea è stata costretta ad una funzione continua.

Senso stereognostico (stato dinamico).

Riconosce la forma ed il volume di oggetti svariati che gli si mettono fra mano, ma non è così felice nell'indicarne la materia, per es: una scatolina di allumino è per lui di « cartone » nonostante che ne avverta il suono metallico; un pezzo di gomma diventa ceralacca; una scatola di cartone lunga, cilindrica, gli sembra un bastoncello di legno, nonostante il minor peso. Se si considera che al senso stereognostico giova il concorso del senso muscolare si deve argomentare che questo non sia molto squisito, considerando che la materia può essere principalmente, ad occhi chiusi, valutata dal peso, cioè mediante il senso barico muscolare.

Le esperienze pazienti e scrupolosissime eseguite, come appresso vedremo, sul senso muscolare confermano questa induzione.

Sensibilità termica.

Come termo-estesiometro mi son giovato di una provetta contenente dell'acqua in cui pescava un termometro tenuto sospeso da un turacciolo di gomma, che, nel medesimo tempo, chiudeva la bocca della provetta. La provetta veniva portata a temperature diverse riscaldandola alla lampada, per esaminare la sensibilità al caldo; per la sensibilità al freddo invece veniva immersa in acqua raffreddata con frammenti di ghiaccio.

Non ho creduto necessario istituire ricerche delicatissime e credo sufficienti i seguenti dati. I numeri delle specchietto che segue indicano gradi del termometro centigrado.

TEMPERATURE	SENSAZIONI PROVATE
21	Nè caldo nè freddo.
23	Comincia ad esser caldo.
25	Poco più caldo.
29	Quasi eguale al precedente.
32	Più caldo ancora.
35	Un pò più.
39	Ancor più caldo.
42	Caldo abbastanza.
50	Assai caldo.
68	Cocente.
71	Ancor più cocente.
74	Poco tollerabile.
77	Ancor meno tollerabile.
80	Intollerabile.

Al di sotto di 21 grado, che è la temperatura della pelle, avverte egualmente gradazioni diverse di freddo.

Sensibilità gustativa.

Le sostanze stimolanti sono per l'amaro il chinino (8 °[o) per l'acre l'acido acetico (5 °[o) pel salato il cloruro di sodio (10 °[o) pel dolce lo zucchero di canna (15 °[o).

Si sa che per queste esperienze si adottano, volendo eseguire ricerche molto fine, soluzioni di titolo variabile in maniera da avere una serie di stimoli progressivamente e insensibilmente crescenti; ma nel caso nostro una indagine così sottile non occorre e ci basta sapere come si comporta il gusto di fronte a soluzioni che rappresentano uno stimolo di forza media.

Riconosce la soluzione zuccherina, trova amaro il salato, ma lo

paragona poi al bicarbonato di soda, l'acido ha per lui del caustico ed è poi avvicinabile al cremor di tartaro, l'amaro del chinino provaca nel primo momento una sensazione dolce che diventa amara in un secondo tempo. (Parageusia — Ritardo percettivo).

Sensibilità olfattiva.

Per la sensibilità olfattiva ho preferito un metodo semplice, ma non inadatto, che servì al Prof. Venturi per l'esame dell'olfatto negli alianati.

La boccetta contenente la sostanza odorante è portata prima a distanza di 50 centimetri da una delle narici, l'altra essendo mantenuta chiusa: se il soggetto non avverte nulla, si avvicina sucessivamente la boccetta, fermandola al punto dove si ha l'avvertimento e si misura la distanza di quel punto dalla narice. Le sostanze odoranti adoperate sono la canfora, la menta, la trementina, l'aceto aromatico — Ecco i risultati —

Narice destra.

Menta — a distanza di centimetri . . .	40
Canfora — a distanza di centimetri . . .	25
Trementina — presso la narice	00
Aceto aromatico — presso la narice . . .	00

Narice sinistra.

Menta — a distanza di centimetri	50
Canfora — a distanza di centimetri . . .	15
Trementina — presso la narice	00
Aceto aromatico — presso la narice . . .	00

Assai indeciso nell'indicare per nome gli odori.

Sensibilità uditiva.

Mi servo sia d'un ordinario orologio da tasca sia d'un telefono intercalato ad una corrente derivante da una slitta di Dubois-Raymond azionata da una pila Grenet di media grandezza. Avverte

tanto coll' orecchio sinistro che col destro le minime vibrazioni della lamina del telefono. Percepisce il tic - tac dell' orologio coll' orecchio sinistro alla distanza di 20 centimetri e col destro alla distanza di 40 centimetri.

La conduzione ossea e la conduzione aerea dei suoni esaminate mediante un diapason (prove di RINNE e di WEBER) si comportano come nello stato normale.

SENSIBILITÀ VISIVA.

OCCHIO DESTRO — Movimenti bulbari normali in ogni direzione: nella convergenza però quest' occhio mostra un certo grado d' insufficienza.

Annessi bulbari normali, solo v' ha una lieve iperemia della congiuntiva, della piega di passaggio e tarsea (stato catarrale).

All' esame a luce laterale la cornea, l' umor acqueo e la lente cristallina sono trasparenti.

La sensibilità al toccamento di tutta quella parte della congiuntiva che riveste il bulbo è totalmente attutita.

Iride fisiologica in tutti i suoi particolari con foro pupillare rotondo e centrato che reagisce prontamente alla luce, all' accomodazione ed alla convergenza.

Esame oftalmoscopico. Collo specchio piano i rimanenti mezzi diottrici (parte posteriore della lente cristallina e vitreo) sono trasparenti, e tutti i particolari del fondo oculare son facilmente rilevabili. La papilla ottica ha la forma di conus verticalmente disposto, ed è circondata nella metà interna da uno stafiloma falciforme con margine netto leggermente pigmentato.

Nelle rimanenti parti, però, del fondo oculare, se ne togli un certo grado di depigmentazione coroideale diffusa ed un'apparente ristrettezza dei vasi retinici legata alla refrazione miopica dell'O. null'altro si ha d' abnorme. Ed è perfettamente integra la regione maculare.

Acutezza visiva. V = 2[3 con lsf. 6 d.

Senso cromatico ed acuità cromatica. L' infermo non differenzia a prima giunta i colori dei quali non conosce o conosce imperfettamente la nomenclatura; coll'esercizio però apprende a distinguerli pel momento. L' esame del senso cromatico col processo di HOLMGREN incerto dapprima risulta migliore di poi.

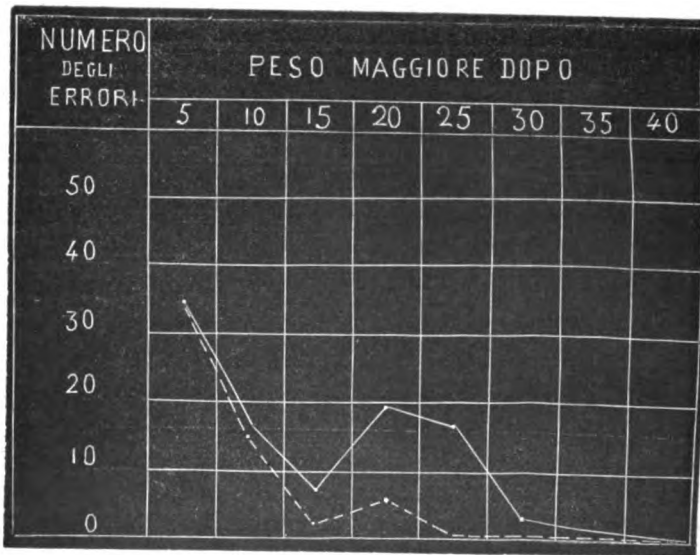



FIG. 1.ª — Grafica degli errori nell' apprezzamento della differenza ponderale fra pesi gradatamente crescenti, facendo seguire il peso maggiore al minore. La linea punteggiata corrisponde alla mano sinistra.

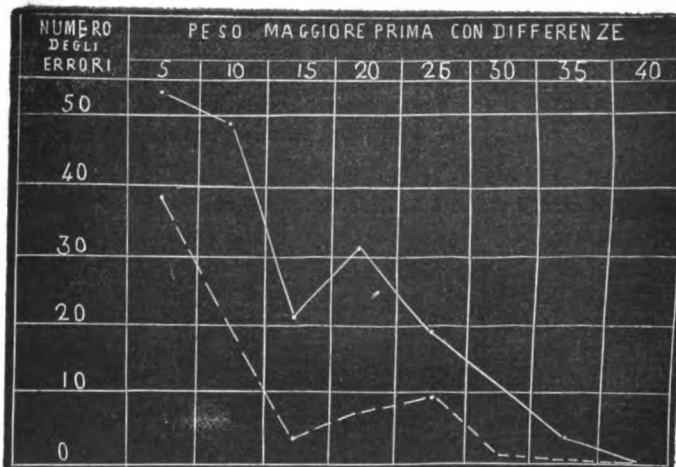



FIG. 2ª — Grafica degli errori nell' apprezzamento della differenza ponderale fra pesi gradatamente crescenti, facendo seguire il peso minore al maggiore. La linea punteggiata corrisponde alla mano sinistra.

Ma la visione dei colori a distanza è completamente anormale e mentre quella del verde e dei rimanenti colori è uguale a 2[3 (misurata, colla scala del DE WECKER) quella del rosso raggiunge appena 1[10.

Campo visivo. Il C. V. è stato raccolto col perimetro di LANDOLT facendo scorrere l'arco di cerchio di 45.° ogni volta. Da questo risulta che la linea periferica del bianco non presenta alcuna insenatura e la linea del verde rinchiude quella del rosso.

Per assicurarsi poi di possibili piccoli scotomi ho fatto scorrere il perimetro di 15 in 15 gradi e sempre nei meridiani opposti, evitando così di provocare stanchezza, il che avrebbe reso difficile il giudizio della comparsa più o meno precoce dell' obbietto, ed avrebbe rese dubbie le ultime misure, od obbligato ad eseguire la ricerca ad intervalli con spostamento quindi della testa che fa tanto variare il risultato dell' indagine stessa. Come oggetto per la ricerca perimetrica mi son servito di quadretti di carta colorata di un centimetro quadrato o anche della slitta scotoscopica e perimetrica a scatto rapido del DE VINCENTIIS.

Non v' ha scotoma ed anche la macchia cieca del MARIOTTI è dell' estensione normale.

OCCHIO SINISTRO — *Acutezza visiva.* V = 2[3 con lsf. 6 d.

Visione cromatica. 1[10 pel rosso. Pel verde 2[3. Prova col metodo di HOLMGREN come per l' occhio destro. L' estensione del campo visivo per il bianco e pei colori è analoga, salvo piccole differenze, a quella dell' O. D.

I sintomi funzionali ed obbiettivi riscontrati sono i seguenti: Anestesia delle congiuntive bulbari, insufficienza della convergenza e papilla ottica in forma di conus all' occhio destro, stafiloma postico e depigmentazione coroidale diffusa in ambo gli occhi che sono, in rapporto alla miopia, anormale estensione del C. V. pel rosso e pel verde; discromatopsia.

Tutte le precedenti ricerche sono state eseguite in camera ben illuminata da un ampio finestrone, l' osservando essendo stato collocato colle spalle alla sorgente luminosa.

SENSIBILITÀ MUSCOLARE.

L' acuità della sensibilità muscolare fu da me esaminata, saggiando la facoltà di percepire le differenze fra serie di pesi varianti fra loro,

successivamente, a due a due, in un rapporto differenziale di g.mi 5, 10, 15, 20, 25 ecc.

Per ciascuna serie di esperienze i saggi venivano eseguiti due volte, anteponendo, cioè, la prima volta il peso minore e posponendolo la seconda.

Le serie di esperienze furono chiuse coll' ultima serie in cui non comparvero errori nell' apprezzamento delle differenze tanto colla destra quanto colla sinistra.

La pesiera era composta di una scala di pesi crescenti di cinque grammi da un primo, ch' era di cinque, ad un ultimo di cento.

Il soggetto era fatto sedere in una posizione comoda presso una tavola in maniera da poggiarvi comodamente il gomito, tenendo poi l' antibraccio semiflesso sul braccio e la palma della mano orizzontale e supina.

Il primo peso, senza scossa apprezzabile, si poggiava sulla palma e si faceva seguire subito dal secondo allo stesso posto da cui l'altro era stato allontanato.

I primi risultati che ottenni da una faticosa serie di osservazioni temetti che portassero le conseguenze di imperfezioni di tecnica e principalmente dell' inesatto adattamento del soggetto all' esame cui era sottoposto. Quindi ripetetti la serie degli esperimenti, circondandomi di tutte le cautele e adoperando sovente espedienti tali da saggiare la sincerità o la suggestibilità.

I risultati delle esperienze, interessantissimi, ho ridotto in tracciati grafici, dai quali, si rileva agevolmente che l'acuità del senso muscolare è molto migliore a sinistra che a destra (mancinismo sensorio muscolare) ed è in entrambi i lati alquanto deficiente, perchè la scomparsa degli errori si è ottenuta solo quando le scale dei pesi messi a confronto hanno raggiunto uno rapporto differenziale di 40 grammi (Fig. 1 e 2).

Motilità.

Movimenti volontarii — La deambulazione, i movimenti delle braccia, quelli dei muscoli della faccia e della lingua non presentano alcun che di notevole.

Senza l'aiuto della vista si regge bene tanto sui due piedi uniti quanto sull' uno o sull' altro.

Incerto un pò più del consueto il cammino ad occhi chiusi. La

scrittura ad occhi aperti e a man sospesa è sicura ed a profili netti un poco ingrandita.

La firma, grande, arricchita di linee accessorie rispecchia lo stato d'animo altero e pretensioso.

La scrittura, invece, ad occhi chiusi gli riesce difficile. Dopo alcune parole egli non vuole andare avanti, perchè non può, preoccupandosi forse anche dell' insuccesso. Le parole scritte presto si accavallano o procedono con gran disordine senza rispetto a rapporti spaziali.

Funzioni riflesse.

L'esame cadde sui riflessi cutanei, mucosi e tendinei. Di tali riflessi energico si è trovato il cremasterico di destra, sensibile il rotuleo in ambo i lati, normale il congiuntivale, debolissimo, quasi mancante quello del piede in ambo i lati.

(continua)

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 7,00
	Estero	» 9,00
Un numero separato		» 3,00

L'annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

I lavori in dono e le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Raffaele Galdi, Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.

2.ª RICHIESTA AUTOGRAFA

dell' illustre Prof. Comm. LEONARDO BIANCHI

già Ministro della Pubblica Istruzione

Il Prof. L. Bianchi

Direttore della clinica per malattie mentali e nervose

Trova ottima la china del signor Guacci e desidera ancora delle bottiglie [illegible] pre però che il signor Guacci gli permette soddisfare il suo debito. Saluta distintamente.

La CHINA-GUACCI guarisce: Atonie gastriche, malattie di stomaco, digestioni stentate e difficili, inappetenza, povertà del sangue, anemia, cloro-anemia, esaurimento nervoso, scrofola, scorbuto, neurastenia, gravidanze fastidiose e moleste, rachitide, debolezza generale, postumi delle malattie infettive e della malaria, nonchè convalescenza di qualsiasi infermità.

È UN TONICO CORROBORANTE DI MASSIMA EFFICACIA

FORTIFICA IL SISTEMA NERVOSO E RINFRANCA LE FORZE

È LA CURA PIÙ SEMPLICE, PIÙ EFFICACE E PIÙ ECONOMICA

Vendesi presso l'autore **Via Roma N.º 154 — primo piano — NAPOLI**
e nelle buone farmacie di tutti i paesi del mondo.

L. **4** la bottiglia (30 giorni di cura), per posta L. **4,80**; L. **2,50** 1|2 bottiglia, per posta L. **3,30**. 3 bottigli e si spediscono per L. **12**, col porto affrancato o tre 1|2 bottiglie per L. **7,50**. contro rimessa di cartolina-vaglia.

☛ ***Esigere la bottiglia chiusa in iscatola su cui vi è la MARCA del MORO legalmente depositata.***

Anno XXIV. N. 3.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1908.

INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

Necrologie

IL MUSEO CIARAMELLA

Relazione di perizia psichiatrica sullo stato di mente di A. Ciaramella imputato di truffa e falso

DEL

PROF. A. GRIMALDI

(Continuazione e fine ved. num. prec.)

Esame Psicologico

FACOLTÀ INTELLETTUALI

MEMORIA DELLE PERCEZIONI

Per esaminare con dati obiettivi se avessero, e quale, fondamento le attitudini e le abilità di cui il Ciaramella si vanta, mi sono giovato del metodo sperimentale nello studio della funzione cognitiva, in ispecie per la memoria delle percezioni, delle rappresentazioni e delle frasi musicali, e per le facoltà sintetiche, creative e sillogistiche, e nell' esame dello stato della coscienza (attenzione). Ho usato a preferenza i procedimenti tecnici indicati da TOULOUSE, VASCHIDE e PIÉRON (*Technique de psychologie expérimentale.* Doin — Paris *1904*).

MEMORIA VISIVA. Per la memoria delle percezioni visive ho esaminato

a) memoria dei colori,

b) memoria delle lunghezze (linee),

c) memoria delle forme (angoli).

a) *Memoria dei colori* — Vedemmo nell' esame della sensibililà visiva con quanta difficoltá l' imputato riusciva a raccogliere intorno a dati colori le rispettive lane di HOLMGREN.

Le difficoltà aumentavano se la ricerca delle lane veniva eseguita dopo l'allontanamento dalla vista del colore campione. Si può affermare che la memoria dei colori è deficientissima.

b) *Memoria delle lunghezze* (linee). L'esperimento consiste nel far trovare a memoria in una serie di linee di lunghezza diversa una linea la cui lunghezza è compresa nella serie e che si mostra qualche momento prima.

Le linee campione sono tre ed hanno le misure di mm. 2.5, 5 e 10

Ad ogni linea campione corrisponde una tavola di 9 linee crescenti per 1|2 mm. che per la linea di mm. 2. 5 va da mm. 0. 5 a mm. 4. 5; per la linea di mm. 5 va da mm. 3 a 7; per la linea di mm. 10 va da mm. 8 a 12 — Eseguite le prove il CIARAMELLA non imbroccò mai la linea corrispondente a quella campione ma si sbagliò ogni volta di solo 1|2 mm.

c) *Memoria delle forme* (angoli). L'esperimento consiste nel far riconoscere in una tavola contenente una serie di angoli di grado diverso l'angolo di grado eguale ad uno mostrato in precedenza.

Gli angoli modello disegnati ad uno ad uno sopra cartoncino bianco di bristol sono 3 ed hanno le misure rispettive di 30, 60 e 120 gradi.

Ciascuno di essi é rappresentato in una tavola propria di 5 angoli crescenti per 5 gradi.

Il CIARAMELLA nelle prove eseguite per l'angolo di 30 indicò il 2.°, per quello di 60 indicò anche il 2.° e per quello di 120 il 1.°; tutt'e tre invece vi occupano il 3.° posto.

MEMORIA UDITIVA. — *Memoria dell' audizione musicale.*

Il metodo usato é quello di far riconoscere dall'esaminando una nota o un gruppo di note (arpeggio) in una serie di note o di arpeggi.

Lo strumento adoperato fu il violino non potendo averne di più adatto nel carcere.

Agli esperimenti fu presente il giudice istruttore Cav. CELENTANO.

I. Esperienza.

Vien suonata prima la nota-campione (durata cinque secondi) e poi una serie di 16 note, formanti gamma diatonica naturale, nella quale la nota da riconoscere occupa il 9.° posto.

L'imputato designa esattamente la nota al passaggio.

II. Esperienza.

Le serie di note formanti gamma cromatica sono tre e la nota da riconoscere occupa rispettivamente in esse il 13.° l'8.° e il 3.° posto; la nota-campione viene ripetuta prima di ogni serie.

L'imputato crede di ravvisare la nota-campione nella prima scala due toni sotto, nella seconda e nella terza mezzo tono.

III. Esperienza.

Un arpeggio di quattro note naturali, suonato isolatamente prima e tante volte per quante sono le serie di arpeggi fra cui dev'essere ravvisato, è

seguito volta per volta da una serie d'arpeggi, disposti in ordine di scala ascendente.

Nelle singole serie l'arpeggio tipo si trova rispettivamente alla 2.ª, alla 6.ª ed alla 3.ª battuta. Alla prova l'imputato nella 1.ª serie credette ravvisare l'arpeggio tipo alla 4.ª battuta nella 2.ª serie la dimenticò e solo nella 3.ª l'indicò con esattezza.

MEMORIA MUSCOLARE. *Memoria della posizione* — Collocato il soggetto, gli occhi accuratamente bendati, in maniera da avere il dorso appoggiato contro un sostegno, gli si fa stendere il braccio in senso orizzontale in guisa che l'estremità del medio venga a collocarsi di fronte allo o di un'asta graduata sostenuta da un piede e capace di essere spostata lungo un arco, disegnato sul pavimento, il cui centro corrisponde all'articolazione dell'omero.

L'asta graduata è divisa in centimetri ed è formata da 2 scale metriche che procedono in senso inverso dallo o che è il loro punto di partenza. L'arco disegnato sul pavimento é diviso in gradi ed ha lo o all'estremo interno ed il 90° grado all'estremo esterno.

Le posizioni modello del braccio sono 4 di cui la 1.ª corrisponde allo o dell'arco e le altre si spostano rispettivamente di 30 gradi da dentro in fuori. Si fa collocare passivamente il braccio disteso nella prima posizione e dopo qualche istante lo si riconduce in uno stato di riposo: ma un momento dopo si ordina al soggetto di riportare il braccio nella posizione modello. Si nota sull'asta graduata lo spostamento in alto o in basso dallo o e sull'arco di cerchio lo spostamento laterale, in fuori o in dentro, dalla rispettiva posizione tipo.

L'esperimento si pratica con ambo gli arti superiori. Gli esperimenti eseguiti sul CIARAMELLA hanno dato per risultato che gli spostamenti massimi e piú numerosi si sono avuti coll'arto destro.

Tavola indicante gli errori fatti negli esperimenti sulla « memoria delle posizioni. »

	LATO SINISTRO			LATO DESTRO		
	Spostamento			Spostamento		
	vertica-le in cm.	orizzontale in gradi		vertica-le in cm.	orizzontale in gradi	
I. ESPERIENZA		in fuori	in dent.		in fuori	in dent.
1.ª posizione	»	3,47	»	»	5,55	»
2.ª posizione	»	»	»	»	7,6 3	»
3.ª posizione	— 3	6,94	»	— 4	3,47	»
4.ª posizione	»	»	3,47	»	6,94	»
II. ESPERIENZA.						
1.ª posizione	— 2	6,94	»	— 5	»	6,94
2.ª posizione	+ 2	»	6,94	— 5	»	»
3.ª posizione	— 6	6,94	»	— 10	»	8,33
4.ª posizione	+ 3	»	»	— 15	»	3,47
III. ESPERIENZA						
1.ª posizione	+ 3	3,47	»	— 2	17,3	»
2.ª posizione	+ 2	»	»	— 3	»	»
3.ª posizione	»	»	»	— 2	5,55	»
4.ª posizione	+ 2	»	»	— 1	7,63	»

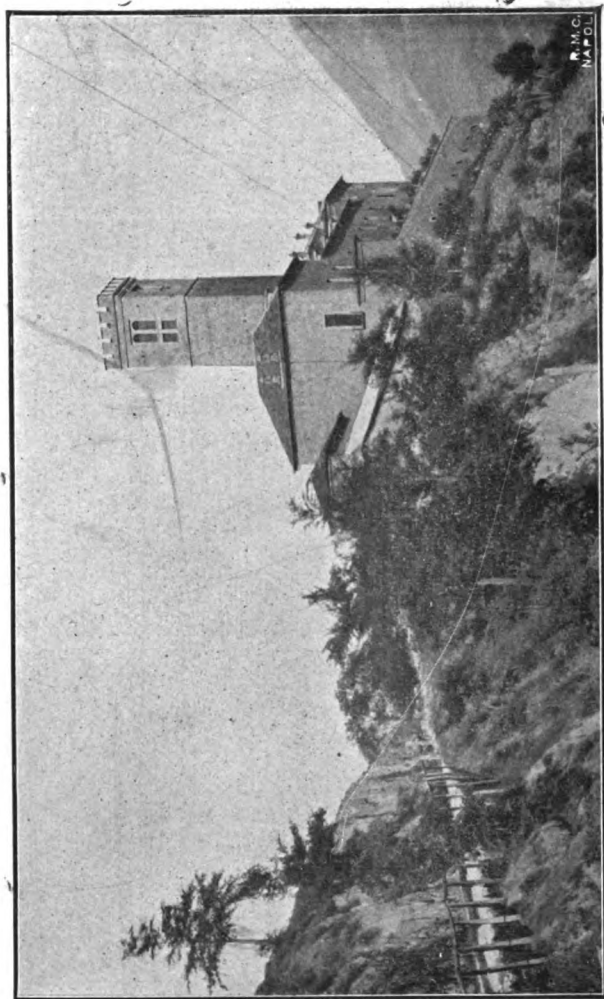



Fig. 3.ª — *Memoria visiva delle figure complesse.*

Testo normale.

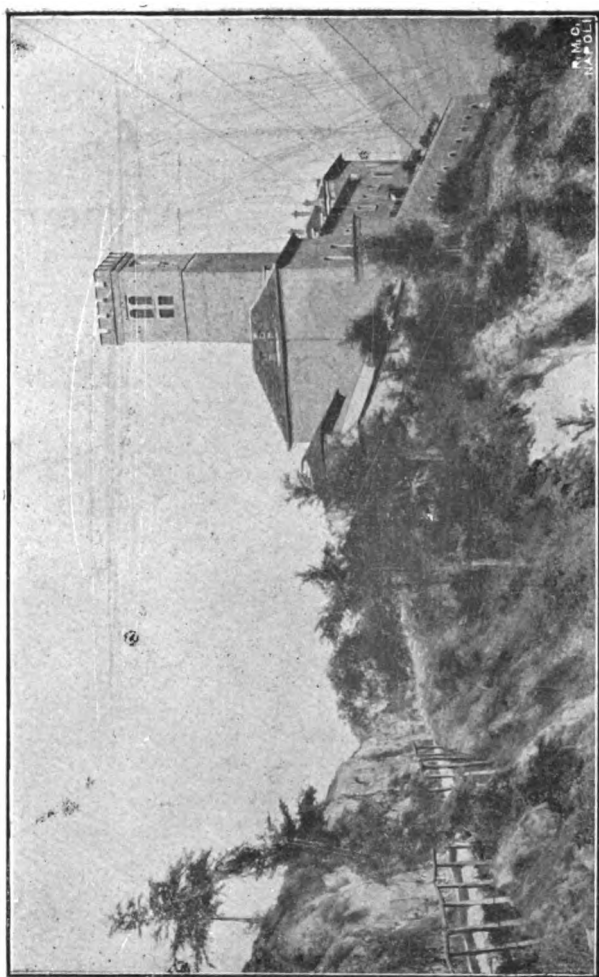



Fig. 4.ª — *Memoria visiva delle figure complesse.*

Modificazioni di grado medio del testo normale (Fig. 3).

MEMORIA DELLE RAPPESENTAZIONI. *Memoria visiva delle figure semplici.* Le ricerche sulla memoria rappresentativa hanno subito nel caso in esame delle limitazioni, seguendo l'obbiettivo propostomi di studiare la psiche del CIARAMELLA in rapporto alle tendenze da lui manifestate per le arti figurative e musicali. Quindi ho trascurato le ricerche sperimentali sulla memoria delle cifre, delle parole e delle frasi, del cui stato del resto si può giudicare dagli interrogatori che ho riportati e mi sono quindi fermato alla memoria visuale degli obietti e alla memoria musicale complessa.

La memoria degli obietti fu esaminata mediante tavole contenenti ciascuna 8 disegni di vari obietti, riprodotti poi in ordine sparso in una tavola generale di 9 disegni, traducibili tutti in immagini verbali di due sillabe. L'esperimento consiste nel ritrovare a memoria nella tavola generale i disegni della tavola particolare.

Le figure vennero dall'imputato denominate nelle tavole particolari e riconosciute nella tavola generale con facilità.

Memoria visiva delle figure complesse. — Passando alla memoria delle figure complesse volli adottare prima il metodo indicato da TOULOUSE, VASCHID e PIÉRON di far riconoscere delle modificazioni di vario grado apportate ad una figura in tre sue riproduzioni fatte in maniera da essere presso a poco identiche all'esemplare. Feci all'uopo tradurre in fototipia, formato cartolina, una villa delle Alpi che fu dimora di VITTORIO EMANUELE II.

Dalle modificazioni introdotte in tre riproduzioni dello stesso paesaggio — una lievissima, una media ed una considerevole — quest'ultima era tale da saltare agli occhi di chiunque (Fig. 3, 4, 5). L'imputato non riconobbe in tre esperimenti successivi nessuna delle modificazioni nonostante che avessi allungato successivamente il tempo di presentazione della figura tipo per dargli l'agio di imprimersene nella memoria tutti i particolari.

Esaminando le ragioni dell'insuccesso completo dei precedenti esperimenti mi convinsi che esso stesse a provare meno la debolezza della memoria figurativa che un difetto di attenzione. Ritenni più opportuno pertanto ritentare la prova con delle cartoline illustrate delle quali l' imputato era chiamato a fare una descrizione scritta la più ampia possibile, dopo averle ad una ad una, e per breve tempo, guardate. Le cartoline su cui fu eseguita la prova così modificata furono le seguenti:

1.° *Il cane* (scena comica).
2.° *Matinè près Besançon* — ISENBART (Salon).
3.° *Danza d'amorini* (particolare) — ALBANI (R. Pinacoteca di Milano).
4.° *L'innocenza* (manca l'autore).
5.° *Madonna col figlio* — CESARE DA SESTO.
6.° *Iupiter et Io* — CORREGGIO (Galleria imperiale di Vienna).

7.° *Andromeda liberata da Perseo* — GUIDO RENI (Galleria Rospigliosi — Roma).

8.° *Angeli di Raffaello* —

Il soggetto delle figure e il nome dell'autore erano stati celati —

Ecco qui appresso ciò che il CIARAMELLA scrisse a proposito delle singole cartoline subito dopo che le ebbe vedute —

14 Gennaio 1906.

1.ª Nella cartolina è rappresentata una bambina con una grande scolla, di cui un estremo è tenuto da lei, l'altro è stato afferrato da un cane che trae la scolla a sè. Sopra una piccola panca è steso un arlecchino carponi con due piattini all'estremitá delle mani (giocattolo). L'aria della bambina è spaventata ed irritata, nello stesso tempo, per l'audacia del cane.

2.ª La seconda cartolina da me ammirata, sembra rappresentare un paesaggio della Svizzera, regione oltremodo montuosa, come è notorio, e sommamente pittoresca; tanto che qualsiasi punto che lo si voglia indicare per bello, si dice essere una Svizzera. Essa rassomiglia a un piccolo paesello, presso Napoli, Cimitile, nelle vicinanze di Nola. In fondo veggonsi delle alte montagne, che fanno corona ad una larga volta — Dove ha principio la prospettiva, ossia presso il margine sud della cartolina, vi è un'alta croce, che vorrebbe indicare un punto di fermata pel viandante, sia di riposo, sia per rivolgere una prece al Sommo Fattore dell'Universo, per la stupenda creazione d'ogni cosa da lui fatta, e per la pace e calma che colà spira, e che sommamente solleva l'animo del passeggiero stesso, che si sa forse quale ardua intrapresa voglia compiere per l'attuazione della quale chiede l'aiuto di Dio.

3.ª La 3.ª cartolina si riconosce subito rappresentare un quadro dell'ALBANI — Per me amatore d'arte, mi è stato facile riconoscere la mano dell'unico artista che si sia dilettato nel dipingere amorini in un accordo così geniale, e con visini tanto graziosi, da sembrare quasi impossibile abbiano da potere esistere — Nelle opere del chiaro Artista è nota la smagliante fattura e vivacità del colorito.

Il quadro rappresenta dei puttini con ali che girano attorno ad un albero, tenendosi per mano. — L'ALBANI, per tali composizioni, impiegava come modello i propri figliuolini, di cui aveva un numero abbastanza grande.

4.ª La 4.ª cartolina rappresenta anche un quadro; ma di autore non italiano — Il nome del pittore mi è cognito, ma non mi riesce indicare il cognome, che, se non sbaglio, sembra essere dell'HAUFFMANN — Ha per

soggetto una bellissima bimba dagli occhi soavissimi che tiene sotto al braccio, e poggiato sulle gambe, un agnello.

5.ª L' ultima cartolina da me ammirata, rappresenta anche un quadro antico, su tavola. Scuola del LIPPI che fu maestro al GHIRLANDAIO.

É la vergine col bambino Gesù — Dopo aver indicato che detta Scuola fu una delle più notorie Italiane, credo di esser superfluo di aggiungere parole di mio, chè, dopo tanti che hanno parlato in merito, riuscirebbe vandalico aggiungere ulteriori apprezzamenti, da parte dell' umile scrivente.

15 Gennaio 1906.

6.ª Cartolina.

Per la mancanza del colorito riesce difficile attribuire il quadro che la stessa rappresenta di quale autore sia, massime la posa in cui trovasi la figura di donna nuda lascerebbe a supporre essere il gruppo di due persone, di cui l' altra è completamente all' oscuro, nè facile a riconoscersi.

Per me pel modo come è portata la figura allegorica di donna ossia per la correttezza della fattura e bellezza , per l' analogia con altra opera d' arte mi sembrerebbe opera Tizianesca. La posa della figura visibile è quella di un' estasi amorosa.

7.ª Cartolina.

« La stessa osservazione per la mancanza del colorito. Il quadro antico che la cartolina rappresenta è relativo alla mitologia.

Per me dovette essere del TINTORETTO che altro quadro consimile ma più bello é stato da me veduto. Potrebbe essere anche opera del GUIDO RENI per la correttezza delle forme della donna nuda che vi si vede, perchè il RENI nel disegnare fu molto più corretto del TINTORETTO.

Il soggetto della tavola è un drago ch' esce dal mare per avventarsi contro la ninfa ch' é oltremodo spaventata. Ma in questo appare un nume sopra un cavallo alato od ippogrifo che si voglia che corre in suo aiuto.

8.ª Cartolina.

« La cartolina rappresenta 2 angeli del RAFFAELLO in soave estasi e che lascia suppore ammirino il Creatore a cui sono rivolti gli occhi.

Il seguente scritto mi fu consegnato il giorno successivo alle prove precedenti, cioè il 16 Gennnaio 1906.

« 14 Gennaio 1905. La 4.ª cartolina di cui sempre a ragione del colorito non è possibile identificare l' autore secondo me potrebbe essere anche della LEBRUN, pittrice francese.

L' ultima cartolina sempre per la ragione su esposta potrebbe essere

anche di DEL SARTO che lavorò con colorito un pò scialbo, ma per la velatura che si riscontra, secondo il colorito della stessa ha da ritenersi scuola del LIPPI.

15 Cennaio 1906. I.ª Cartolina — Anzichè del TIZIANO il quadro antico dovrebbe essere del CORREGGIO, perchè, come dissi, ha qualche analogia con un quadro del CORREGGIO stesso, attualmente al museo del Louvre. Espressi l'idea che fosse del TIZIANO perchè alla mia memoria non era presente con precisione l'effettivo autore del quadro esistente al Museo del Louvre, del ripetuto CORREGGIO.

Dai precedenti scritti si vede che una descrizione a sistema non ridotto si ebbe solo per la 1.ª, 2.ª e 7.ª cartolina; le altre sono una designazione pura e semplice del soggetto nel suo insieme. Ma tanto dell'una che dell'altra forma descrittiva non se ne può trarre la conseguenza che la memoria visiva di figure complesse non sia buona. Certo tutto ciò che in uno sguardo sommario e breve delle figure mostrategli egli riuscì a cogliere descrisse collo scritto o ne dette, interrogato, informazioni orali anche nei giorni successivi. I particolari di cui non seppe dare una indicazione; grafica o verbale si deve ritenere che furono quelli che gli sfuggirono, perchè non capitarono nel campo di mira.

Infatti, nella cartolina 1ª non porse mente ad un grosso bastone col manico d'argento impugnato dalla bambina; nella seconda non scorse un castello in cima ad un colle e trascurò dei pittoreschi gruppi di alberi; nella terza non vide i puttini che si trovavano sui grossi rami dell'albero, ma solo quelli che danzavano a piedi di esso intorno al tronco; nella sesta si fece sfuggire qualche cosa come una mano che preme, nel rapimento voluttuoso, il fianco di Io; e allo stesso modo nella settima ravvisò Perseo sull'ippogrifo solo quando vi richiamai la sua attenzione, perché in un primo sguardo gli era sfuggito.

Non si tratta quindi di debolezza di memoria, ma dell'incapacità di percepire contemporaneamente il maggior numero di particolari vale a dire di un difetto attentivo.

MEMORIA DI FRASI MUSICALI COMPLESSE. Per sperimentare sulla memoria musicale complessa ho all'uopo fatto comporre degli spunti melodici varii di carattere e di ritmo adatti alla natura dell'istrumento adoperato violino). Ogni frase era riprodotta tre volte con modificazioni parziali di grado diverso — minimo, medio, massimo — l'ultima modificazione costituente dissonanza così nel procedimento melodico come in quello armonico — La frase tipo si faceva ripetere ogni volta prima della frase modificata, Le frasi adoperate nell'esperimento furono due, la prima un tempo di minuetto

Fig. 6.ª — *Memoria di frasi musicali complesse.*

Le lettere A, B, C indicano le modificazioni di grado minimo, medio e massimo di ogni frase.

maggiore e la seconda un andante in la maggiore — L'esperimento consiste nell'avvertire il momento in cui appare la modificazione.

L' imputato riconobbe la 2ª e la 3ª modificazione di entrambe le frasi.

Un momento dopo potette riprodurre col canto solo la seconda frase.

Facoltà Sintetiche

Cogli esperimenti menzionati siamo insensibilmente penetrati nel campo dei più alti processi del pensiero,

La descrizione di obietti, di cui ci servimmo per la memoria delle scene complesse, fu già un saggio non indifferente su questa via.

Lì non solamente incontrammo atti di memoria, ma rapporti associativi, operazioni di confronto, elaborazione di immagini, lavoro di discernimento e di combinazione. Ora è il caso di esaminare un momento i documenti ivi raccolti. Dall' imputato si volevano descrizioni, per quanto era possibile, fedeli ed ampie delle figure; ma egli poche volte ottemperò al mandato: invece, nella maggioranza dei casi, abbandonando il compito precipuo si diè ad elucubrazioni religiose e poetiche, si lanciò a briglia sciolta nel campo dell'erudizione (l'autore del quadro, i pregi dell'artista, il valore della scuola) si profuse in frasi enfatiche a riguardo della propria competenza messa a rischio (per accrescerne il merito) dalla mancanza del colore.

E per la smania di far pompa delle sue conoscenze scopre che la Svizzera è un paese montuoso, viola il domicilio dell' Albani, nel quale trova un numero abbastanza grande di figli e — bontà sua — risparmia al Lippi l' atto — che chiama vandalico — di lodarlo con parole sue.

Insomma poche parole o nessuna del necessario parecchie vuote ed inutili dell'accessorio; quà uno spunto sentimentale, lì una folata religiosa: sempre poche idee se si toglie la pretesa di attribuire ipso facto al Tintoretto, al Tiziano, al Guido Reni, al Del Sarto, al Correggio le figure viste — prive degli elementi più acconci a farne riconoscere la paternità — manifestando un vero delirio di riconoscimento pari a quello che spinge alcuni alienati a vedere in ogni faccia la fisonomia di una persona già nota.

Ma poiché, chiamandolo a descivere figure riproducenti quadri celebri si porgeva, per dir così, delle rime obbligate ai suoi apprezzamenti o ai suoi deragliamenti, era necessario variare la ricerca, adoperai quella che il Binet *(L'étude expèrimentale de l' intelligence* — Paris 1903) chiama delle « phrases à completer », nella quale ricerca veniva eliminato ciò che si puó chiamare il « debole » dell' imputato.

La frase per la parte iniziata da me è scritta in corsivo e per la parte completata dall' imputato in rotondo.

1 — *A che vale l'amore* se non si è amati?

2 — *Un uomo non può* fare ciò che vuole senza l'audacia, ma spesso i proverbi sono falsi —

3 — *Prendetevi la vita* ma non l'onore —

4 — *La fortuna non sempre* aiuta chi in lei s'affida, perchè è cieca —

5 — *Senza le ricchezze* non si puó fare sempre il bene, però il bene si può fare anche senza le ricchezze —

6 — *I ricchi sovente* fanno quello che non dovrebbero fare, cioe invece di aiutare le classi lavoratrici tengono i loro capitali infruttiferi — Gli americani sono i soli popoli che ciò hanno capito —

7 — *Gioie e dolori* sono della vita umana, per quanto si possa esser piccoli sempre se ne hanno —

8 — *Spaziare nei ricordi* è la più grata soddisfazione che si possa provare da un uomo —

9 — *Quanto è bello* adempiere ai doveri del cristiano; doveri dettati da Dio e che sono sintetizzati nell'amarsi vicendevolmente e nel non fare agli altri quello che non si vorrebbe esser fatto —

10 — *Il godimento maggiore* è quello che si prova a far il bene —

11 — *L'uomo produce* talora il male contro la sua volontà come nel caso mio.

12 — *Cieli ridenti* d'Italia voi siete i soli che esistano sulla terra!

13 — *Natura ed arte* è il titolo di una rivista scientifica nella quale collaborano ottimi scrittori. Natura ed arte due termini molto differenti. La prima serve di modello alla seconda —

14 — *La pace del cuore* è quella che prova l'uomo, quando é giunto alla sera della sua vita e di una vita che ha fatto solamente il bene e non ha da lamentare rimorsi —

15 — *Chi può vantarsi* di esser stato un grande uomo è colui che la fortuna ha sempre arriso alla sua volontá —

16 — *L'anima umana* è a somiglianza di quella divina fatta esclusivamente per il bene ed è immortale.

Le tendenze del CIARAMELLA a fare il saccente (e a non rispettare la grammatica) appaiono anche dal modo come ha completato le frasi, facendone venir fuori delle massime o dei precetti morali, degli aforismi, qualche considerazione sociale, delle allusioni alla posizione personale e delle variazioni, troppo frequenti e troppo inette a dissimulare la povertà delle idee, intorno al bene ed al male e che per giunta non rimpiangono mai ciò ch'egli ha commesso quasi che la sua opera uscisse dal novero delle cattive azioni.

Abbiamo visto colle descrizioni di obbietti che il CIARAMELLA non è il tipo descrittivo, nel senso indicato dal BINET, ma si avvicina al tipo im-

maginativo e al tipo erudito. Ciononpertanto la sua immaginazione, in quanto a numero di immagini, non pare fertile e la sua erudizione è sempre quella dell'arte (unilateralità; pensiero dominante).

Ecco poi qui appresso alcuni suoi versi, poichè Ciaramella è anche poeta. Resta confermato da questo saggio poetico che l'immaginativa esiste come tendenza, ma non possiede un materiale adeguato. Qualche strofa, (i versi stanno spesso a dispregio della metrica) desta addirittura pietà, mancando perfino di senso.

Col capo chino e col dolor nel core,
Su e giù scorrendo per l'infame cella,
Oh! come tristi a me sembran le ore,
Inoperoso e pari a sentinella!

Di tratto in tratto il mio pensiero vola
Alla beata Vergine Maria;
Ella, soave fior, Ella, Ella sola,
Comprende quanto soffre mamma mia!

***

Povera donna! in pochi mesi appena,
Mi dicon che la chioma abbia imbiancata,
E quello che mi strazia e mi da pena
E senza mezzi saperla e abbandonata!

Ahi quanto ingiusta sei giustizia umana!
Ti amministra chi la propria mente
Simile á alle altre: misera ed insana;
Ché ai rei (1) dà pane e morte all'innocente!

CIARAMELLA

GIUDIZIO.

Mi sono limitato ad esaminare il grado delle facoltà sillogistiche sia servendomi di figure che di sillogismi verbali.

Le figure erano le seguenti :

(1) N. B. — Da intendersi rei o *supposti rei* (giudicabili). (Nota del poeta dalla quale risulta ch'egli non si considera né reo nè supposto reo).

1.ª Un uomo pesante seduto all'estremo di una tavola poggiata di traverso sopra un botticino.

2.ª Il fumo che esce da un fumaiuolo d'una casa si dirige in senso inverso dei rami degli alberi piegantisi al soffio del vento.

3.ª Un legnaiuolo apre una grossa fenditura in un tronco d'albero col dorso di una scure che tiene levata in alto.

4.ª Due battelli, che hanno le vele egualmente orientate dal vento, camminano in senso inverso.

Il Ciaramella riconobbe a prima vista l'errore delle singole figure.

Lo invitai poi a fornire la conclusione ad alcuni sillogismi verbali di cui gli presentavo solo le premesse — (I sillogismi èrano scelti fra quelli che si trovano nella — *Technique de Psychologie expèrimentale.* Toulouse, Vaschide e Piéron pag. 317) —

Fra sei sillogismi egli dette una buona conclusione a tre di essi e concluse a modo suo per tre di altri che non compativano conclusione per errore artificiale di forma.

Bisogna pur convenire che occorre un allenamento speciale a siffatto genere di esercizio, ma dagli esperimenti compiuti si può concludere che se la potenza sillogistica del Ciaramella non è forte non è d'altronde grandemente turbata.

S'intende parlare qui della facoltà sillogistica formale non di quella occorrente al commercio fra gli uomini, alle necessitá della vita, alla condotta in cui s'introducono gli elementi emotivi della personalità così facili traviatori della logica.

Ed è quanto rileveremo fra breve.

Coscienza — Attenzione

Interrogatori, esperimenti, scritti dimostrano che l'attenzione provocata è capace di portarsi su svariati soggetti e di sostenersi un tempo sufficiente.

Ma è subito da notare che, appena gli stimoli, diciamo così precari ed artificiali, che operano su di lui, si allontanano, la sua attenzione si riflette senza indugio su tutto ció che passivamente la invade ed anche durante la loro azione egli diventa distratto facilmente.

Nel corso degli esperimenti, specie se protratti e ad occhi bendati, bisognava continuamente richiamarlo, perchè tosto la sua attenzione era portata altrove: e sempre i quadri, l'arte, gli artisti, gli errori del perito, il modo di rifarsi, e via dicendo erano i suoi pensieri. L'attenzione attiva, volontaria c'è potenzialmente, ma funziona poco, perchè quella passiva è dominatrice.

Ho voluto istituire delle ricerche sperimentali sull'attenzione ed ho adottato il metodo di far cancellare alcune lettere, preventivamente indicate in un testo stampato, coll'obbligo di procedere colla maggiore celerità

senza tornare mai indietro, metodo semplice che non esige istrumenti.

Il testo da me adoperato fu un brano d' una novella del De Amicis, riprodotto con scrittura a macchina.

Ad un segnale dato ogni 30 secondi, il soggetto doveva apporre una croce al di sopra del rigo e passare oltre.

La prima tavola porta cancellata lè lettere — a, e, d, r, s — La seconda le lettere — e, s, d, c, a; le lettere sfuggite furono segnate con lapis verde.

Il numero delle lettere cancellate nello spazio di tempo di 30 secondi è minore nella prima tavola nella quale è pure maggiore il numero degli errori (lettere trascurate); questo é massimo al principio dell' esperimento e diminuisce verso la fine com' è di regola (fase di adattamento).

La seconda tavola reca un maggior numero di lettere cancellate ed un numero minore di errori. Peró qui gli errori tendono ad aumentare verso la fine (fase di stanchezza).

Il CIARAMELLA era spesso preso da un vero impulso di tornare indietro, per indagare se avesse dimenticato qualche parola, ed occorrevano energici richiami per fargli riprendere la corsa in avanti.

Queste sospensioni dell' attenzione non hanno che vedere col ritmo fisiologico del potere attentivo volontario, qui era un elemento emotivo che vi si insinuava « la preoccupazione di sbagliare » un prodotto cioè *dell' amor proprio* che è un componente di tutte le operazioni psichiche del CIARAMELLA —

La seguente serie di numeri indica le lettere cancellate ogni 30 secondi successivi.

Tav: I — 12. 11. 8. 17. 19. 18. 17
15. 23. 24. 20. 14. 20. 19
20. 18. 19. 15. 17 —

Tav: II — 18. 20. 18. 19. 22. 19
22. 17. 23. 28. 22. 20. 22
23. 23. 21. 20. 23. 18. 23

In quanto all'estensione della coscienza, cioè al numero di impressioni capaci di essere accolte contemporaneamente in una unitá di tempo, credo possano valere le ricerche sulla memoria delle scene complesse. Da esse si rilevó che parecchi particolari delle figure (formato cartolina) sfuggivano ad uno sguardo breve, ma talvolta anche ad una visione piú lunga come ebbi ad osservare a suo luogo.

Direzione del pensiero.

Dalle ricerche sperimentali compiute nel campo dei più alti processi della mente si arriva senza sforzo ad accorgersi che i pensieri del Ciaramella si orientano sempre in un dato modo, seguono cioè una direzione unilaterale e si veggono venire a galla ad ogni occasione in una veste uniforme. Il Ciaramella non è più atto a concepire rapporti varii fra le cose e le ravvisa da un sol punto di vista. In lui è, fino ad un certo punto, rispettata la facoltà formale di giudicare e di ragionare; ma questa ha perduto quella libertà d' azione che non si disgiunge dal normale funzionamento dell'attività del pensiero.

La direzione che prende il pensiero nella nostra mente nelle condizioni normali è uno dei problemi che la psicologia si è posto in questi ultimi tempi; tale direzione non si spiega col solo lavoro delle associazioni e nemmeno coi più alti e più complicati atti di combinazione e di elaborazione dei gruppi associati. « La soluzione del quesito come le idee si colleghino in un dato ordine logico o armonico e si sistematizzino in vista d' un certo fine è oramai da chiedersi alle disposizioni affettive ». (Claparède — *L'association des idèes* pag 351).

La moderna psicopatologia é venuta alle stesse conclusioni, allontanandosi da quelle dottrine che in un puro e semplice disturbo dell'associazione si erano affaticate a trovare le cause delle anomalie del processo ideativo che vanno col nome di delirio.

Anche in questo, specialmente quando si tratta di gruppi più o meno associati di idee riunite in sistema, si è finalmente riconosciuto che l' alterazione primaria e fondamentale è quella della vita affettiva.

Il che ha permesso una spiegazione del fatto, poco esplicabile cogli argomenti delle dottrine intellettualiste, della straordinaria limitazione della direzione delle idee nei paranoici i cui sistemi deliranti si riducono a così pochi da potersi esaurire contando sulle dita di una mano.

Si è visto che tutta la loro varietà corrisponde alla varietà, poco estesa, di quelle disposizioni affettive che costituiscono la nota prevalente dei principali caratteri umani, per esempio: il diffidente, il vanitoso, l' erotico, l' ascetico, l' ipocondriaco. Dice al riguardo il Tiling (Festschrift, Riga 1897). « Il lavoro del pensiero, il modo di associazione delle idee sarà in ognuno egualmente giusto, ma essi partono

da diverse premesse e queste premesse sono involontarie, perchè sono fondate sul temperamento o sulla disposizione dell'animo e perchè non sono in grado di fare imparzialmente esperienze ed osservazioni. »

Le disposizioni affettive, note essenziali del carattere, sono l'elemento che s'introduce in ogni operazione intellettuale, determinando una particolare orientazione di fronte alla grande varietà delle cose.

Ma dunque il processo di formazione dei sistemi di idee degli individui sani è identico a quello con cui si formano certe associazioni sistematiche di idee morbose ?

Come faremo, dato ciò a riconoscere il morboso dal sano? Se l'idea delirante è un'idea prevalente ed anche il sano ha idee prevalenti di fronte agli scopi della vita, di fronte agli interessi materiali e morali, in che differiscono le une dalle altre ?

La risposta ci viene dal Prof. SPECHT (*Ueber den pathologischen Affekt*-Erlangen 1901) da cui si rileva che nel sano certi stati d'animo sono conformi alla varietà degli intenti da raggiungere in rapporto all'ambiente psicofisico e variano con essi. Egli dice che, « per legge sommamente benefica, nello stato normale dell'individuo ogni movimento della vita affettiva, comunque possa essere motivato cede in un tempo relativamente breve e che questa legge non è rispettata nel delirante paranoico, nel quale si osserva una cronicità di umore, una uniformità ostinata di sentimento che si estende per anni e decennii; ed è appunto questa che agisce così fatalmente ».

Una caratteristica di tali stati d'animo è che essi restringono il campo della coscienza intorno all'idea preferita, eliminano idee antagoniste, diminuiscono gli elementi correttivi del giudizio, paralizzano il libero esame e determinano la comparsa di convinzioni tanto più tenaci quanto più erronee, tanto più solide quanto meno adeguate all'esperienza comune.

In altri termini le idee che si raccolgono intorno a certe disposizioni affettive diventate, per condizioni patologiche dello spirito, prevalenti presentano una straordinaria stabilità, non possono essere eliminate, tendono ad invadere sempre più la coscienza, ad assimilarsi gruppi associativi non dissidenti e a dissociare le sintesi preformate per convertire a proprio benefizio tutta la vita mentale.

Applicando questi principii scientifici al caso CIARAMELLA noi possiamo intendere l'apparizione che in lui fece l'idea di fondare il Museo,

la compiacenza colla quale fu accolta, la cura con cui fu custodita e dissimulata e l'opera che intorno ad essa fu spesa.

L'idea di fondare un Museo se fosse nata nella mente di un individuo che avesse riunito in sè le qualità ed i mezzi per attuarla non sarebbe stata «insana». Noi abbiamo visto con quanta munificenza s'istitui or non è molto la biblioteca Lucchesi - Palli senza che colui che vi profuse una vistosa somma fosse stato dichiarato pazzo. Ma la natura morbosa di certe idee non sta nella idea si bene nei rapporti che essa ha colla personalità che la partorisce, nei legami che ha stretto con altre idee, nell'ambiente nel quale si è alimentata e nelle reazioni che ha prodotto, nelle inibizioni imposte e nei favoreggiamenti carrezzati fra altre idee, sentimenti e tendenze.

Esaminiamo dunque l'ambiente psichico nel quale è sorta e si è stabilita l'idea del Museo.

Chi è il padre di questa idea? Un modesto impiegato, sconosciuto, povero di mezzi, magro di studii e di cognizioni specialmente nel ramo di attività in cui più forte è l'impero dei motivi di azione, motivi la cui forza propulsiva non è spiegata nè dalle esigenze d'una facoltà percettiva cromatica, pronta, fine e sicura; nè da una maestria creatrice sciente del possesso di abilità tecniche; nè dall' impazienza fattiva della rappresentazione di un pubblico bisogno. Abbiamo visto infatti che il CIARAMELLA stenta a riconoscere i colori, li confonde fra loro da una certa distanza, non li ricorda; i suoi disegni sono, dal lato dell' esecuzione, primitivi: un pubblico bisogno manca, essendo ricco il paese di musei di rinomanza mondiale.

Il fatto che l'idea del CIARAMELLA sia socialmente inutile resta fermo anche contro l'affermazione di lui che volesse far sorgere un museo di meridionali. Non credo che il miglior mezzo di attuare questo suo proposito, in maniera decorosa per il mezzogiorno, fosse quello di mettere insieme 454 quadri di un prezzo variabile da 0 a 5 lire, dei quali il maggior numero valeva meno di 1; 187 da 6 a 10, 291 da 11 a 20, . . e solo pochissimi di un valore superiore alle 1000 lire. Un museo di meridionali con un MATTIA PRETE, un SOLIMENE e qualche altro era lungi dall'essere desiderato dalla cittadinanza partenopea. Codesta non è che una giustificazione postuma dell'istinto collezionista che dalle tenebre del suo inizio acquistò in seguito qualche chiarore.

Possiamo quindi all'idea del museo riconoscere un primo carat-

tere quello di essere socialmente inutile se non in istridente contraddizione con una realtà. Le idee cresciute a fianco a quella del museo valgono a meglio determinarne la natura. Fondato il museo egli avrebbe impiantata una *banca di soccorso* per aiutare gli artisti bisognosi, acquistando le opere migliori per il museo e mettendo in commercio la altre.

Avrebbe formato un *comitato di dame* coll' obbiettivo di raccogliere oblazioni e far propaganda in favore della banca di soccorso.

L' imporianza di codesta idea collaterale, l'*alleanza del comitato di dame*, fu segnalata dal CARPENTIER che la riconobbe non infrequente fra i paranoici ambiziosi (TANZI).

L' idea del museo ha il suo corteggio, non è una pietra isolata, ma è la colonna su cui si appoggia tutto un edifizio, di cui eccone l' insieme maestoso: fondare il museo, aprirlo al pubblico esercizio, accumulare i proventi della tassa d' ingresso, impiantare una banca di soccorso, costituire un patronato di dame, donare infine tutto con un gran gesto allo Stato, e, chi sa, avere perciò *post mortem* un posto nel recinto degli uomini illustri o qualche più alta onoranza postuma.

L' idea « splendida » destinata a « splendidi risultati » che il CIARAMELLA concepì somiglia per la sua progressiva e fatale evoluzione all' idea delirante.

Questa non conosce ostacoli: non quelli della logica che essa piega facilmente ai propri interessi per la via dei sofismi, non quelli dei sentimenti, perchè essa, rinforzando il sentimento da cui ha origine, ne riempie la coscienza; non quelli della volontà che, non essendo una facoltà autonoma, è sempre schiava dei motivi prevalenti.

Così l' idea del CIARAMELLA una volta sorta non si ferma innanzi agli ostacoli. Certo dovette egli porsi innanzi agli occhi le difficoltà che la sua impresa presentava; vagliare il danno che avrebbe potuto derivargli dalla scoperta delle sue falsità e dalle indebite appropriazioni, e, forse, ebbe un periodo d' indecisione; ma finalmente la forza propulsiva dell' idea e del sentimento vinse le difficoltà dei motivi antagonisti, gli prese la mano e lo spinse all'attuazione nella sua direttiva.

Come in ogni traviamento tutto sta nel primo passo falso così sulla via prescelta il pr imoatto decise: la prima somma presa, il primo titolo falsificato, il primo quadro acquistato furono d' una influenza funesta per l' ulteriore azione. Ed egli finì per radicarsi nel con-

vincimento che quanto stava per compiere meritava bene un furto, una disonestà, un falso.

Nella sua vanità egli dovette trovare tutti gli appoggi e tutte le scuse. Gli dovette parere che, quando l'opera sua — già così splendidamente iniziata — si fosse conosciuta, i danari gli sarebbero affluiti da tutte le parti. Infatti egli che non aveva mai parlato di vendita condusse il 25 Maggio 1905 il Prof. Conte, direttore della Pinacoteca Nazionale, a visitare il museo, supponendo che questi invaghito della magnificenza dei suoi quadri, li avesse acquistati pel museo nazionale. Egli fidava anche nel Biolatz dal quale, dissemi un giorno, ebbe assicurazione che in breve dalla sua pinacoteca si sarebbe potuto ricavare mezzo milione. Non si fondava su questa rosea speranza la domanda di una proroga al tramutamento dei titoli chiesta per mezzo di Mons. Ippolito, cui svelò il vuoto fatto ?

Per la proiezione esterna dei suoi stati d'animo, per la concezione egomorfica degli altrui pensieri e sentimenti che, con fanciullesca illusione, egli plasmava ad immagine e somiglianza de' suoi, suppose che un giorno la Contessa non solo avrebbe perdonato ai suoi falli, ma lo avrebbe addirittura glorificato pel compimento di cosa così bella.

Tutto si sarebbe appianato coll'accordare alla Contessa di rimanere proprietaria del museo, di cui egli sarebbe stato il direttore.

Non doveva essere l'assegno di questo posto il guiderdone col quale la Contessa lo avrebbe premiato ?

Più ci affondiamo nelle idee che costituiscono la piattaforma del progetto del museo e più ci si rivela il fondo di errori della sua anima illusa.

Si è fitto in mente che per mettere insieme la somma pel riscatto della pinacoteca darà dei concerti nei quali farà scaturire le meraviglie delle sue corde vocali.

Un giorno fu intercettata nel carcere una carta di musica a lui diretta: era una canzone popolare « voce 'e notte ».

A che sarebbe servita gli domandai?

Voglio, rispose lui, esercitarmi un pò nel canto per prepararmi a concerti che darò uscendo dal carcere!

Ammettiamo per ipotesi che lo avesse fatto a scopo di simulazione dovrebbe una simile vanteria non aver riscontro nella biografia del Ciaramella — Ebbene io ho avuto di questa sua pretesa abilità canora una prova di fonte non sospettabile ed anche un giudizio po-

co lusinghiero: « Aveva una voce da maiale» mi si disse da chi poteva conoscerne le debolezze — Che il CIARAMELLA legga le carte di musica è un fatto da me costatato; che si riteneva già prima possessore di non spregevoli qualità vocali è anche certo: dunque la simulazione si può escludere. Esclusa la simulazione, salta fuori intera la puerilità del programma di far danaro dando concerti vocali e più ancora del proposito di esercitarsi sopra una delle meno felici produzioni musicali piedigrottesche ed in un momento in cui occuparsi di musica è per lui un offrirsi in olocausto agli amanti del comico.

Ma il CIARAMELLA, impenitente, non ha perso la speranza di vincere al lotto, speranza che, dopo avere giuocato con insuccesso ingenti somme, avrebbe dovuto emigrare per sempre dal suo animo: ma no; egli ora é in possesso d'una *regola sicura* equindi può ricominciare.

Il lotto, l'eterno palladio dei poveri, degl'infingardi, dei deboli, degli sciocchi, degli squilibrati, dei mistici, possiede appo lui ora, forse più che prima, attrattive e seduzioni.

E il proposito insistentemete espresso di farsi frate, con cui il corteggio delle idee che si stringono attorno a quella del museo si completa e si riveste di misticismo, non è indegno di essere accennato; ma sarà meglio messo in rilievo altrove — Questa idea di fondare un museo perchè si stenta a ritenerla morbosa? Perchè tutto ciò che nel malato copia ciò che fanno i sani pare sano per giudizio analogico ed è perciò, dice SPECHT, che gli stati iniziali della paranoia passano inosservati: perchè essi somigliano molto ad atteggiamenti psichici ed espressivi degli individui sani.

Ora è proprio nelle forme lucide e deliranti dei paranoici superiori, che ciò si osserva. Ma essi, confusi all'inizio coi sani, sono già avviati dall'inizio per una via divergente che più matura e più si allontana dalla norma. La stessa condotta del CIARAMELLA ci dice ch'egli da tempo se ne allontanava. Egli, onestissimo impiegato dell'amministrazione ferroviaria, come ci hanno riferito, con concordanza apologetica, i testimoni, diventava disonesto nell'amministrazione privata: era il successivo alterarsi della condotta di fronte al prevalere dell'idea morbosa.

Acquistare quadri, formarne un museo era il suo pensiero fisso, costante, che gli dava tormenti e gioie, scoraggiamenti e speranze, e dopo la catastrofe, non cessa di essere dominatore della sua coscienza. Durante gli esperimenti, negli intermezzi, nella solitudine della cella, nelle parole, negli scritti, nei reclami, nelle istanze, negli appelli al

giudice, nelle invocazioni a Dio, dovunque, si affacciano l'arte, gli artisti, la pina coteca.

La ridda che nella sua mente ballano i nomi più illustri della parte pittorica di tutto il mondo é incredibile. Le più povere sue tele diventano per lui capilavori dei più celebri artisti — Questo un Tintoretto, quello un Tiziano, codesto un Giorgione, quell' altro un Correggio —

I prezzi? 30000, 50000, 60000, 100000. Così scrive in lettere allegate al processo. É una danza di milioni addirittura e sono lì, a portata di mano, basta che egli voglia perchè piovano!

In una lettera a me diretta si trova questo brano: « noto di aver letto da poco che fu venduto all' Austria un quadro del Ghirlandaio e che fu pagato 450.000 lire. Io, al Ghirlandaio, ritengo faccia bella compagnia un Rubens il quale oltre alla bellezza ecc. » CIARAMELLA aveva acquistato un quadro che dal perito Conte fu ritenuto della scuola del Rubens: per lui diventa un Rubens antentico! Perché? perchè se no il paragone col Ghirlandaio sarebbe stato inutile: il suo quadro deve valere quanto quello venduto all' Austria!

Date queste sue opinioni, incrollabili, si badi, più che convinzioni deliranti, che è la Contessa coi suoi blasoni? una sciocca.

Come non lo ringrazia nemmeno di avergli procurato quei tesori non gli paga in contanti la differenza tra il capitale di cui fu privata e il prezzo di stima (edizione CIARAMELLA)?

Egli, che alimentò già l'illusione di riscattare la pinacoteca, sogna, ora, che esca salva dalla vendita all' asta.

Egli è giunto ad essere spietato ed ha gioito sapendo che l'asta era quasi andata deserta.

Le torture d'una famiglia che si è vista privata d'un vistoso patrimonio, l'angoscia di chi ha sullo stomaco uno stock di merce invendibile che sono per lui? che sono innanzi alle ansie di lui assistente in catene alla ruina di un'opera per la quale aveva sacrificato l'onore?! Salvare la pinacoteca è in cima ai suoi ideali; purchè non si vendano i quadri avvenga che può: egli é sicuro che lo aiuteranno a rimborsare la Contessa il Re, il Papa, la Duchessa d' Aosta, il comitato di dame, la Madonna di Pompei, il regio lotto, la colletta nazionale fra gl' impiegati di ferrovia; tutti! Egli è arrivato a scrivere che la Contessa inguistamente credesi danneggiata.

Dunque quest'idea nelle sua fissità, nella sua invadenza, nella sua prepotenza, nella tendenza a convertire, se non a pervertire, il ragio-

namento e il carattere ha per sè le note dell' idea morbosa!

Ma prevedo una obbiezione, presa fra i quattro o cinque canoni di psicologia criminale che si sentono ripetere nelle Corti d' Assise, qui c' è l'utile, il guadagno, il vantaggio personale: quindi non è a parlare di malattia.

Chi dice che idee deliranti e profitto si escludono? Pigliamo ad esempio i due più comuni delirii quello di persecuzione e quello di grandezza: essi hanno per base l' egoismo; muovono cioè da una preoccupazione accresciuta per ciò che concerne la conservazione della propria personalità, la quale nel delirio di persecuzione si teme compromessa e in quello di grandezza si crede favorita.

Dunque l'utile, il profitto, il vantaggio sono in tali stati deliranti l'oggetto del timore e del desiderio; senza il quale oggetto si avrebbe uno stato affettivo di ottimismo o di pessimismo, di diffidenza o di fiducia, di nocumento o di favorimento, non un delirio.

Il delirio che è un prodotto morboso, ma sempre un fenomeno psichico, non può non tenere in sè ciò che è caratteristico della funzione generale della psiche, la protezione. Se esso non raggiunge l' intento nel pazzo, anzi lo frustra, è perchè sorpassa i limiti ond' è socialmente utile, non perchè cambia natura.

E il nostro CIARAMELLA — anticipando in una piccola parte uno studio che faremo più innanzi, quello dei sentimenti — è un egoista. — Infatti di che si preoccupa egli? chi lo trattiene dall' errore? Forse la rovina che sarebbe piovuta sulla famiglia?

Egli, che prende a piene mani migliaia di lire, condanna la famiglia ad una esistenza grama e limitata. Le sorelle non han da prendere marito per far piacere a lui; per applicare le sue teorie filosofiche sociali, contrarie al matrimonio, han da restare attaccate alla greppia domestica.

Egli, invasato dalla mania collezionista, corre verso la perdizione, mirando solo alla soddisfazione dell' incalzante bisogno di avere una collezione.

Una prova del suo egoismo è la soddisfazione colla quale accoglie l' insuccesso della vendita dei quadri, ch' egli cerca di giustificare con questo ragionamento: desidero che i quadri non si vendano, perchè debbo, io, rifare la Contessa del suo e rivendicare così verso di lei la mia riputazione compromessa. Ma qui, mentre è sempre l'egoismo che opera, rifulge tutto il portato della sua illusione, l' insania delle sue convinzioni, la puerilità di ritenere facilmente realizzabile la

cosa pensata, tosto traducibile in atto il più fantasmagorico progetto.

Non un dubbio gli si affaccia alla mente; e la colpa che non siasi realizzato quanto egli pensa è degli uomini che lo tengono in carcere; è della giustizia «che ai rei da pane e morte agl' innocenti», come egli consacrò in brutti versi endecasillabi.

Ed anche in ciò egli si afferma egoista, non riconescendo offesi coi suoi atti i diritti altrui.

Un'altra obbiezione dovrebbe esser questa che coll' idea della banca di soccorso, con quella del comitato di dame, con l'altra di impiantare col museo un istituto d' incoraggiamento per gli artisti egli manifesta dell'altruismo. Ma queste idee erano in contrasto colle azioni: egli da un pezzo si era appartato, si era chiuso in un «altero isolamento» perchè vedeva l'umanità cosparsa di vizii, dominata dall'egoismo ed egli «evitava perciò di entrare con essa in maggiore contatto». Egli, quindi, era un altruista a parole e un egoista a fatti.

A lui si possono applicare le parole del Tanzi (*Trattato delle malattie mentali*) «malgrado il loro tema altruista s' ispirano ad un ridicolo egocentrismo anche i delirii . . . umanitari, utopistici di quei mattoidi che nella superba indipendenza del senso comune si mostrano individualisti non meno accaniti dei paranoici con delirio personale.

Se tutta la coscienza del Ciaramella è occupata in lungo e in largo da associazioni di natura morbosa, da vedute unilaterali, da concetti ribelli ad ogni sana logica, da proponimenti affatto chimerici, come si può pensare che sia rimasto indenne quell' unico nido nel quale un genio salvatore partorì l' idea del museo?

Ma vogliamo far l' ipotesi che si fa: «. . . questo è un trucco; la raccolta dei quadri si è fatta per coprire in una maniera verosimile il furto o i furti di denaro; si sapeva bene che quei quadri valessero ben poco e si attribuiva loro un valore fittizio per far credere che il denaro si fosse veramente speso».

Ebbene, l' idea di comprare dei quadri per mascherare un deficit è talmente strana che anche quando fosse stata scelta appunto a scopo giustificativo sarebbe essa stessa un prodotto morboso. Le lungaggini che con sè avrebbero portato simili acquisti, il pericolo d' essere scoverto prima che la collezione avesse raggiunto una proporzione d'un valore prossimo in qualche modo al capitale usurpato avrebbero dovuto essere sufficienti a farla escludere da chi avesse avuto il cervello a posto o il benefizio d' una critica tanto più perspicace quanto più impastata d' astuzia criminale. C' è nell' idea del museo e in quelle che

le fanno corona una costruzione troppo conforme ad un modello di tipo patologico per non ritenerla di natura patologica. Ma si dirà che di tutti i progetti che integrano quello del museo solo a quello del museo, che è il meno utopistico, si dette mano. È vero; ma ciò è accaduto appunto perchè quello del museo era il più attuabile e l'attuazione degli altri gli era subordinata.

Anche nel campo della patologia delle azioni la legge del minor sforzo non può cessare d'avere il suo impero. Ma l'idea del museo aveva anche in suo favore i potenti fattori della vita emotiva di cui fra poco discorreremo.

Vedremo allora meglio che l'idea del museo non è un'idea isolata, salvatasi per dir così dalle seduzioni d'un subiettivismo accalappiatore, ma il prodotto di elementi giacenti nel fondo della coscienza nella parte più centrale della personalità, della quale fu la più genuina creazione, l'incarnazione più omogenea, il più elaborato corallario.

VITA AFFETTIVA

Abbiamo già, a proposito dell'ideazione morbosa, esaminato nei suoi obbiettivi l'indirizzo generale della vita affettiva del CIARAMELLA in quanto cioè si proponga di raggiungere i propri o gli altrui interessi ed abbiamo conchiuso col riconoscere che, mentre il suo altruismo rimane nel campo delle promesse a lunga scadenza, il suo egoïsmo prende forma concreta e raggiunge la consistenza del fatto compiuto.

Il suo egoismo nel campo morale trova riscontro nel suo egoismo quale manifstazione esagerata dell'istinto di conservazione fisica. Un testimone (Danese Edmondo) racconta delle misure che egli prendeva per non bagnarsi i piedi: le sue precauzioni per la scelta di una scarpa igienica avevano raggiunto il ridicolo. Ed ora, in carcere ha una gran cura pei piedi che suole vestire di tre calze ed involger poi ancora con delle bende.

In uno studio analitico dei singoli sentimenti noi torneremo su alcuni fatti per es. sul suo superbo isolamento dai compagni d'ufficio, sul suo attaccamento alla famiglia ritenuta come terreno di esperimento di certe sue teorie filosofico-sociali; ma non ne faremo oggetto di particolare trattazione per fermarci invece su alcuni lati della vita affettiva che costituiscono il terreno nutritizio delle sue tendenze e ne spiegano la forza espansiva.

Sentimemti legati all' istinto riproduttivo.

È dubbio se il Ciaramella abbia nella sua vita compiuto un solo sacrificio sull' altare dell' amore. Dice il teste Colucci Luigi che esso non aveva consuetudine di donne e lo confermano Riccardo Mancini e Luigi Pascale. A tal riguardo il Sig. Catalano Ernesto aggiunge che il Ciaramella s' indignava quando sentiva parlare di donne o bestemmiare tanto ch' egli per tali fatti lo chiamava il canonico e soleva, per celia, baciargli la mano. Di siffatti eccessivi scrupoli tenne menzione anche un tal Puoti Giovanni. Seppi anche, da un conoscente dell' imputato, che, mentre costui era, come ufficiale di complemento, alle grandi manovre, mancò poco non avesse una vertenza cavalleresca con un compagno il quale all' accampamento, d' accordo con altri, gl' introdusse di soppiatto sotto la tenda una donna di facili costumi.

Il Ciaramella pare non abbia mai amato e, se ha amato, il suo non ha potuto essere che un amor platonico, quell'amore cioè che il Ribot (*Les sentiments*) fa derivare da una rottura di equilibrio nel tipo completo dell' amore, cioè dal predominio dell' elemento intellettuale di fronte all'elemento fisiologico. Appresi (la sincerità della notizia però per la fonte, da cui mi venne non è affatto insospettabile) che questi era solito d' inseguire le sartine per via Roma e sappiamo che aveva delle velleità pel canto — che è uno degli istrumenti della seduzione — ma l' un fatto, se vero, era un innocuo passatempo, manifestazione d'un erotismo ideale, bisogno contemplativo delle qualità estetiche della figura muliebre ; l' altro espressione del suo temperamento vanitoso generico come vedremo.

Il suo idealismo sessuale in opposizione alla sua avversione pei godimenti carnali è spiegabile per l' insufficienza degli istrumenti materiali di cui egli dispone nell' esercizio dell' amore come rilevammo nella parte somatico-antropologica, e quindi le sue teorie contro il matrimonio paiono riprodurre l'aneddoto di quella volpe che, avendo perduta la coda, proponeva in un consesso di membri della sua specie che tutti si recidessero quell' ingombrante ed inutile appendice e sono una novella prova dell' egoismo che si cela sotto il suo sentimentalismo.

Orgoglio.

Il contegno riguardoso, misurato, eccessivamente cortese di cui il Ciaramella si adorna, e che non è un atteggiamento determinato dalla sua attuale posizione, perchè eragli abituale in altri tempi, come ci è stato comunicato da varii testimoni, indica forse in lui un atteggiamento costante, veritiero di umiltà e di modestia?

Basta esso per farci escludere movimenti di vanità, di orgoglio, di ambizione dal suo carattere? È questa espressione esteriore una traduzione sincera, non dubbia, di intime qualità?

Non è lecito che a psicologi ingenui fermarsi alle apparenze.

Allorchè noi osserviamo, scrive il Paulhan (*Les mensonges du caractère* — Paris 1905) presso una persona delle apparenze che sembrano rivelare l'esistenza, a un grado elevatissimo, d'una qualità, o d'un difetto, noi non dobbiamo conchiudere cho essa presenti quella qualità o quel difetto.

Anzi se non ha le qualità che mostra ha probabilmente, con una certa intensità, le qualità direttamente opposte.

Applicando tale principio al caso in esame diremo che le pose umili e modeste del Ciaramella sono la veste esteriore dissimulatrice di un animo orgoglioso? Un'inchiesta è necessaria.

Non parliamo degli sforzi del Ciaramella, se mai ne fece, per salire di qualche gradino nella sua carriera e per uscire dalla mediocrità: sono sforzi che chiunque anche fra i più modesti compie sotto il pungolo del disagio, movendosi alla ricerca del meglio. Ma ben altri fatti lasciano trasparire mal repressi moti orgogliosi dell'animo.

Così, per esempio, quel suo tenersi in una certa distanza dai compagni d'ufficio, ammantato di una dignità poco confacente al suo modesto impiego e il rimaner sempre chiuso in un misterioso riserbo non erano manifestazioni di umiltà o di modestia. Questo suo atteggiamento incuteva allora una specie di rispetto per lui e, poichè forse questo n'era l'obiettivo, lo scopo si poteva considerare raggiunto. Egli doveva sentirsi come non a posto fra modesti impiegatucci tanto che più tardi, allorchè i sogni del museo lo avevano inebriato, aveva qualche volta pensato di rinunziare a quell'impiego e ne aveva avanzata domanda.

E non ci ha detto egli stesso che avea fatto ricerche all'Archivio di Stato per assodare le origini nobiliari del suo casato?

E non è l'orgoglio la sua stella polare che, attraverso il tenebrore d'un'esistenza mediocre, lo guida al concepimento luminoso di quel museo che doveva essere la sua gloria?

Tutta l'estensione di questo sentimento, che covava come fuoco sotto la cenere, è rivelato dall'intero piano dei suoi progetti, nel quale si trovano particolari che non sarebbero spiegabili col solo impulso di un bisogno artistico.

L'umile segretario nascondeva in seno un programma grandioso, che lo doveva far iscrivere a lettere d'oro negli annali della filantropia.

Cogli utili del museo avrebbe impiantato una banca per sollevare le popolazioni dall'usura; avrebbe protetti ed incoraggiati gli artisti, e costituito un patronato di dame per dare incremento alla banca di soccorso. Come si può con picciol cuore alimentare così magnifici progetti, proporsi una così larga azione, spandere intorno una munificenza quasi regale?

Parecchi altri atti suoi sentono degli stimoli della vanità; tali sono la pretesa di rivolgere, stando nel carcere, una domanda alla Duchessa d'Aosta, perchè lo aiutasse a salvare la pinacoteca e l'altra di indirizzare una petizione anche al Papa e l'esclamazione nella quale uscì un giorno: sono qui abbandonato come se fossi l'ultimo degli uomini!

La vanità lo porta a coltivare un'opinione di sè e delle sue qualità sconfinanti dai limiti d'un apprezzamento prossimo in qualche modo al vero, opinione che gli fa concepire perfino l'assurda idea di presentarsi a pubblici concerti colla certezza di trarre larghi profitti dai suoi mezzi vocali e dalle sue facoltà musicali, che dagli esperimenti non risultano che mediocri.

Sentimento Religioso.

Tutto il metodo di vita del Ciaramella pare ispirato ad un ascetismo di umiliazione, la modesta esistenza, potendo pur disporre di somme, la morigeratezza che imponeva a sè ed ai suoi, rasentante perfino la privazione, tanto che (mi si è riferito da persona degna di fede sconosciuta al Ciaramella) la sera, tornando a casa, soleva recarsi a fare degli acquisti di sostanze alimentari personalmente e il dispregio nel quale teneva i godimenti carnali, d'onde le sue teorie sul matrimonio.

Gli stessi testimoni altre volte citati parlano delle sue tendenze religiose, se non vogliamo tener conto delle sue ripetute affermazio-

ni intorno ai propositi di abbracciare la vita monastica. Agli atti di carità, che egli alle volte faceva, attribuiva il colorito religioso il testimone Catalano, il quale così si esprime: soleva fare la carità come detta religione, senza cioè che una mano vedesse l'operato dell'altra.

Se poi dei sentimenti che più fortemente vivono e si agitano in una coscienza sono i migliori rivelatori le idee che in un dato momento e sotto certi stimoli affiorano sul lago della mente, gli esperimenti da me compiuti si debbono ritenere come prove irrefragabili dell'altezza cui il sentimento religioso tocca nell' animo del CIARAMELLA. Si ricordi che egli completò una delle frasi le cui prime parole suggerite erano — quanto è bello — nel seguente modo: « Quanto è bello adempiere ai doveri del Cristiano. Doveri dettati da Dio e che sono sintetizzati nell'amarsi vicendevolmente e nel non fare agli altri quello, che non si vorrebbe esser fatto». L'enorme prevalenza dei quadri a soggetto sacro, circa 500, oltre quelli a soggetto biblico, nella sua pinacoteca è appunto giustificata dal sentimento religioso, del quale diventa una ulteriore prova. Il misticismo lo troviamo anche nella sua credenza alla cabala, nella sua smisurata fiducia nel giuoco del lotto: un vero feticismo.

Invocare i favori di forze soprannaturali o di ignote potenze, gli oracoli, la sorte, il fato sono tendenze che si confondono con le origini stesse del sentimento religioso.

La sorte è la via per la quale i grandi mistici han creduto potesse manifestarsi la volontà di Dio (MEURISIER — *Les maladies du sentiment religieux*. Pag. 37).

Nel fondo, o alla base, del misticismo del CIARAMELLA v'è anche un sentimento di paura, paura di una forza occulta che opera specialmente nel senso del male (carattere anche questo delle primitive religioni) d' onde i suoi pregiudizii, i quali occupano un posto abbastanza largo nella sua mente.

Una volta egli immagina (vedi interrogatorii) legata al patrimonio dei B. . . . . . la serie delle sventure di questa famiglia ed anche di quelle che hanno colpito lui come avevano già colpito suo padre; un' altra volta crede compromessa la propria salute pel fatto di essersi dovuto pesare, perchè per aver voluto conoscere il proprio peso fu già in passato colpito da grave malanno. Questi falsi rapporti, queste offese al principio di causalità dei fenomeni sono la conseguenza d' uno stato affettivo di paura, che non è ultimo componente del suo misticismo.

In fine l'esagerazione dei sentimenti mistici è proprio il contrappeso della diminuzione dell'istinto riproduttivo e del restringimento della sfera dell'amore del che avemmo a parlare (MORSELLI, *Semeiotica delle malattie mentali.* Pag. 671).

SENTIMENTI ESTETICI.

L'amore per le cose artistiche è — a sentire il CIARAMELLA — istintivo in lui: egli fin da fanciullo avvertiva insolite emozioni innanzi al bello artistico; ma non aveva potuto mai soddisfare questo suo amore che, come ogni vero amore, sentiva forte il pungolo del possesso.

Quanti anni si è dibattuto il CIARAMELLA fra questi desideri ardenti e l'impotenza dei mezzi? Non lo sappiamo: fatto certo é che un bel giorno egli si decise a servirsi dei denari della Contessa per comprare qualche quadro. Ma certi acquisti, come una prima dose di morfina pel morfinista, debbono esser aumentati: CIARAMELLA a via di aumenti arrivò a fare un museo.

La cosa merita di esser guardata dal punto di vista della tendenza al possesso e da quello del sentimento estetico.

Ma qui esaminiamo ciò che riguarda il lato emotivo non il lato volitivo del fenomeno.

Stabiliamo prima quale è, nel loro ordine ascendente dai più bassi ai più elevati, la serie degli stimoli che eccitano il godimento estetico.

1.° Il godimento non è motivato da un particolare contenuto estetico dell'obbietto artistico in sè (forme, colori) ma dal suo valore puramente *ornamentale,* decorativo.

2.° Il godimento è determinato da armonia e proporzione di linee, ricchezza e combinazione di colori.

3.° Il godimento è legato alla rappresentazione di fatti e scene della vita individuale e collettiva oltre che dagli elementi indicati innanzi.

4.° Il godimento estetico si estende alla rappresentazione degli aspetti diversi della natura inanimata (FANCIULLI).

Forme, linee, scene complesse della vita potrebbero essere motivi tali da eccitare godimento estetico nel CIARAMELLA, come risulta dagli sperimenti, ma non è così pei colori.

Abbiamo osservato infatti che in lui la deficienza del senso cromatico è rilevantissima: egli ignora i nomi dei colori, ad una certa distanza li confonde insieme e di quelli poc'anzi visti perde immediamente il ricordo: quindi, se godimento estetico egli può ricavare dal colore dev'essere qualcosa di semplice e di indistinto, direi di primitivo.

Egli, invece a proposito della memoria dello scene complesse (cartoline) attribuisce alla mancanza dei colori l'incertezza nel riconoscerne l'autore ed a proposito di questa o quell'opera d'arte parla di delicatezza di tinte, di magia di colori, quasi che a lui solo si rivelassero i pregi più reconditi dell'arte del colorire, quasi che le più piccole sfumature di una ricca gamma cromatica fossero carpite da una facoltà percettiva felicemente sortita da natura.

Qui si rivela con la maggiore evidenza il fatto morboso che il Ciaramella si attribuisce una qualità che realmente gli manca.

Anche il godimento per stimoli della serie più elevata pare che in lui faccia difetto e invero in tutta la sua non piccola collezione troviamo solo 63 quadri rappresentanti paesaggi e scene della natura inanimata.

Invece debbono essere i godimenti della prima maniera quelli che maggiormente si destano in lui, perchè sono quelli che meglio accarezzano il suo temperamento vanitoso e certi sentimenti affini quali l'amore pel vetusto, le velleità nobiliari solleticate dal valore venale dell'opera d'arte, in altri termini i godimenti determinati da ciò ch'egli vi porta di suo come spettatore non per l'opera d'arte in sè.

Ad escludere che nel Ciaramella sia vero sentimento artistico cosciente dei pregi intrinseci di un'opera d'arte stanno ancora altri fatti.

La coscienza estetica presenta due stati ben differenti, creazione e contemplazione.

Nei primordi dell'umanità coscienza estetica creatriva e recettiva erano confuse; più tardi la facoltà di produrre la bellezza e quella di goderla si separarono. Ma sono sempre le tendenze creatrici che sono in fondo ad ogni ammiratore del bello che determinano la possibilità di intenderlo. (Fanciulli, *La coscienza estetica*). Il sentire esteticamente, quindi, aumenta a misura che si è più vicini al creatore per potenza fantastica e per abilità esecutiva; o almeno a misura che un'opportuna educazione sviluppi la coscienza del rapporto che deve esistere tra espressione materiale e obbietto rappresentato.

Occorre per ciò aver acquistato un alto senso della proporzione,

dell' euritmia, della concordanza e dell' unità delle parti, una squisita percettività di relazioni spaziali, prospettiche, ritmiche, cromatiche e via dicendo.

Ora che dire di coloro che, ritenendosi sommi nell' apprezzare i meriti o i demeriti dell' altrui produzione artistica, si appalesano così partigiani dell' opera propria da non accorgersi delle maggiori deficienze?

Fra i motivi che generano un così illusorio modo di vedere sono due i principali, l'ignoranza dei veri elementi che costituiscono il bello in una produzione artistica e lo stato emotivo personale (amor proprio, vanità, orgoglio, ecc.). Si tratta in tal caso di quelle persone che si dan l' aria di intenditori dell'arte e che con parole generali e indeterminate e con frasi fatte vogliono apparire e non raramente appaiono provvisti di senso artistico.

Questo è il caso di CIARAMELLA.

Sempre colla certezza di aver fatto cosa grande egli mi portava quasi ogni mattina dei disegni che, secondo lui, erano di una corrispondenza perfettissima con gli obbietti che aveva in animo di riprodurre (vedi fig. 7).

Egli col magnificare la propria produzione svela nient' altro che la povertà dei mezzi di cui dispone per un sano ed alto godimento estetico.

Chi ha visto la collezione del CIARAMELLA non può non riconoscere l'esattezza di questi giudizi: la terza parte dei quadri sono mostruosità abominevoli dal disegno scorretto, dai colori inverosimili, di un semplicismo preistorico, sepolte spesso da mano pietosa sotto un denso strato di vernice.

Le poche buone opere l' ebbe certo per caso o per ignoranza di chi gliele vendette.

Ciò che, quindi, esercita nel CIARAMELLA un' attrattiva infrenabile verso gli oggetti artistici non è un alto sentimento estetico, ma prepotenza di alcuni fattori emotivi d' una personalità inferiore. E ci sono tutti quelli che fin qui abbiamo rilevati la vanità, il misticismo, l' erotismo ideale.

L' erotismo trovava di che compiacersi innanzi a certe figure nude, dai seni eretti e dalle anche esuberanti, rese più procaci dalle loro espressioni ora di ferocia ora di dolore (Lucrezia, Maddalena, Giuditta).

Il misticismo aveva un alimento lussureggiante nei 496 quadri

Fig. 7.ª — Disegno di A. Ciaramella rappresentante il cappellano del carcere.

soggetto sacro e con esso la brama del misterioso, che è desiderio nella paura e piacere nel dolore di certi spiriti squilibrati, si appagava al cospetto di quelle figure annerite dal tempo, di quelle scialbe e affumicate immagini acquistanti nella penombra dei tramonti un'indecisione spettrale.

La vanità si ergeva regina nelle grandi sale coperte di quadri, valutati a centinaia anzi a centinaia di migliaia di lire, chiusi in maestose cornici dagli ori sciupati, nelle sale adorne di consolle dorate con marmi di alabastro orientale, di vasi di Sèvres, di orologi di porcellana stile impero: egli doveva sentirsi, quando si aggirava solo fra quelle stanze, qualcosa di quei grandi principi medioevali tramandanti ai posteri i loro preziosi musei.

Sono dunque i principali componenti della sua natura morbosa, più che vero e imperioso sentimento estetico, nobile ed elevato, che lo trassero ai fatali acquisti e alla rovina d'un patrimonio, pel quale gl'incombeva il più sacro rispetto.

In quanto al sentimento estetico musicale possiamo dire ch'egli vi porta pure quella ipervalutazione, che è caratteristica della sua indole, e per la quale, con le mediocri falcoltà messe in rilievo dai miei esperimenti, egli pensa di poter ottenere dei successi trionfali.

Sentimenti etici.

Chi ben consideri la vita del Ciaramella non vi può trovare nulla che indichi in lui una deficienza originaria dei sentimenti morali.

Ecco in riassunto alcuni giudizi espressi su di lui da varii testimoni. 1.° « Per circa dieci anni impiegato all'ufficio valori della ferrovia, egli era uno dei migliori, amanti anzi tutto del proprio dovere, onesto, scrupolosissimo. Aveva abitudini modeste, adorava le persone di famiglia, le quali erano tutte a suo carico e non avea consuetudini di giuoco e di donne.

2.° « D'una condotta esemplare come impiegato e come individuo. Come impiegato onesto fino allo scrupolo, come privato ammirevolissimo per la sua morigeratezza, per la sua educazione finissima, per la modestia, per l'attaccamento alla famiglia: insomma un gentiluomo perfetto. »

3.° « Onesto sino alla scrupolo, laborioso, educatissimo, ossequioso verso i compagni e i superiori, religioso, correttissimo. Viveva vita modesta, trascurato nel vestire, non amante di svaghi, nè di donne e giuochi,

dedito alla famiglia, ch'egli sosteneva, incapace di una leggerezza o di una scorrettezza. Similmente si esprimono altri. Tutti restano sorpresi, non sanno negare l'errore commesso da lui e non sanno spiegarlo che come un atto di pazzia.

Egli non è arrivato al furto, al falso, all'appropriazione di una ingente somma attraverso una scala graduata di atti disonesti.

Indiscutibilmente il suo reato è una contraddizione nella sua condotta. Una stonatura per rispetto ai tratti essenziali delle sue tendenze morali, una infrazione della norma etica abituale, qualcosa di sopraggiunto o di maturato fuori della cerchia delle abitudini d'un sano adattamento; prodotto nuovo d'una personalità che si va modificando o alterando, in conseguenza d'uno stato patologico

FACOLTÀ VOLITIVE.

Il CIARAMELLA è un volitivo? Risponderebbe certo di sì chi guardasse alla tenacità colla quale egli da anni persegue l'ideale del Museo, l'abilità addimostrata nel nascondere le sue operazioni, l'audacia perfino con cui aveva condotta l'impresa.

Ma questa non è volontà, questa è schiavitù ad un'idea, è obbedienza ad una suggestione, è perdita delle forze frenatrici.

CIARAMELLA non è un volitivo. In quali atti veramente proficui, utili, non per la via dell'utopia, alla propria personalità egli ha fatto rifulgere il suo volere? Entrò, non per forza d'ingegno, nell'amministrazione ferroviaria ed è andato avanti per forza di zelo, che spesso è governato dalla legge dell'inerzia.

Il suo attaccamento ai doveri d'ufficio toccava un'esagerazione che non era sfuggita ai compagni. Era volontà, o eccesso di obbedienza?.

Il CIARAMELLA che magnifica tutto ciò che fa, non ha mancato di parlare dei suoi studî; ma quali?

Egli è proprio di coloro che cominciano tutto e non vanno mai in fondo.

Un po' di tedesco, un pò di francese, un pò di latino (aveva in animo di studiare anche l'arabo ed il cinese!) un pò di musica, un pò di canto: niente di consistente e di approfondito; niente, cioè, atto a dimostrare uno sforzo continuato di volontà.

Egli anzi ha dimostrato all'evidenza in alcune circostanze che

non è capace di opporre alcuna resistenza all'altrui volere o agli altrui suggerimenti.

Nella sua semplicità ha grande valore l'aneddoto raccontato dal teste De Pascale: « una volta, egli disse, acquistai per mio fratello una bottiglia di un medicinale a base di catrame e spesi lire quattro. Credevo di avere fatto un buon acquisto, ma a mio fratello non piacque ed io ne fui rincresciuto. Uno dei miei compagni fece sentire al Ciaramella, che io tenevo un medicinale utile contro i reumatismi e che lo avrei volentieri alienato, ciò bastò perchè il Ciaramella venisse a me e domandatomi del medicinale e del prezzo me ne avesse subito sborsato il corrispettivo ».

Mi si é narrato che per gli acquisti dei quadri era di pari arrendevolezza: « Pagava ciò che gli si chiedeva, quando non si mostrava principescamente generoso superando la richiesta. »

E con simile energia di volere egli avrebbe dovuto resistere alla fascinatrice idea del museo?

La spinta al possesso del relativo obietto di soddisfazione che accompagna i nostri bisogni o i nostri pensieri, aventi per connubio di sentimento forza di bisogno, è solo mantenuta a posto dal volere quando questo sia governato dalla coscienza degli obblighi morali e giuridici di fronte agli altri o quando questa coscienza non sia in qualche modo offuscata. Ma è proprio questa forma di volere che nel Ciaramella fu ottenebrata dalla sua idea più prepotente di un materiale bisogno.

II.

Apprezzamento clinico.

Prima di arrivare alla designazione della figura morbosa che più conviene al CIARAMELLA, vediamo a quale dei due grandi tipi di individui deviati dal normale egli debba avvicinarsi, se al criminale o al pazzo. Limiti di demarcazione fra criminalità e pazzia non esistono ma v' hanno caratteri, note, attributi che si riuniscono per darci ora il tipo criminale ora il tipo pazzesco, (BIANCHI — *Trattato di psichiatria*).

Lasciando da parte le prediche dei faziosi per una od altra scuola, possiamo ritenere certo che anche il meno esperto troverà in una data fisonomia di anomalo ciò che gli dà l'aspetto del criminale e ciò che gli dà quello del pazzo.

Una delle note per cui meglio si distingue il criminale dagli altri degenerati è la fisonomia, (BRUGIA — *I problemi della degenerazione*, Bologna 1906), nella quale del resto non si leggono che le impronte stabili di altre anomalie, non meno caratteristiche, quelle dei sentimenti morali e degli atteggiamenti diversi dell'attività motrice.

La storia di ogni criminale è storia di capricci, di insubordinazione, di vizi, di violenze, di sfrenate concupiscenze sessuali, di lotta aperta a tutti i poteri costituiti, a tutte la leggi civili e morali; è storia di egoismi, di crudeltà e di vendette. (Sarebbe troppo facile prova di cultura citare al riguardo l'opera magistrale del LOMBROSO oramai appartenente alla letteratura mondiale).

Il CIARAMELLA non ispira ripugnanza. I suoi tratti fisionomici sono composti, calmi, sereni. Non ha scatti, non rimbrotti e pare disposto a dire di quelli ch'egli crede oramai suoi nemici: « Dimitte illis non enim sciunt quid faciunt ». In quanto ai sentimenti morali e alla condotta pure si allontana del tipo criminale, anzi è agli antipodi. In fatti egli è buono ed affettuoso in famiglia, rispettoso di ogni autorità, amante del lavoro e dell'ordine, scrupoloso negli adempimenti dei doveri, misurato, alieno da qualsiasi intemperanza.

Il criminale è facilmente simulatore e dissimulatore e il CIARAMELLA non è nè l' uno nè l' altro. Non è simulatore ad onta che si

dica ch' egli abbia voluto sotto l' acquisto dei quadri simulare la pazzia. Sarabbe stato per lui un' abilità troppo superiore all' intelligenza che in realtà possiede l' immaginare una gherminella di quel genere, perchè un simile modo di simulare la pazzia è così estraneo alle più comuni manifestazioni cognite di essa che non si sà come egli sarebbe andato ad escogitare la meno atta a rappresentare la parte del morboso. Non è dissimulatore ad onta che si dica ch' egli abbia abilmente dissimulato la sua natura criminale per anni onde raggiungere i suoi intenti.

Troppo lunga attenzione sarebbe occorsa, troppi sforzi inibitori necessarii per impedire che la vera natura si fosse tradita in un fuggevole gesto, in uno scatto involontario.

Egli fu dissimulatore non della natura criminale per darsi l' aria di onest' uomo onde ispirare completa fiducia, ma dell'idea morbosa; ed è tutt' altro: in una categoria di malati ciò è abituale ed è non un forzare la natura, ma un secondarla, perchè « una bella idea » è come un tesoro che chiunque si terrebbe nascosto.

Nel CIARAMELLA quindi non si riscontra il tipo criminale.

Vediamo ora se abbia delle note caratteristiche per le quali possa essere avvicinato al tipo pazzesco.

Alcuni suoi atti avevano già da tempo richiamata l'attenzione di coloro che più gli vivevano da presso. Ecco quanto riferì il teste Danise Eduardo:

« Per dire uno dei molti piccoli incidenti da cui trassi il convincimento che il CIARAMELLA non fosse completamente equilibrato ricordo questo fatto: egli cambiava spesso calzolaio, dolendosi che nessuno gli sapesse fare un paio di scarpe per cui l' acqua non gli venisse ai piedi. Metteva un paio di scarpe nuove, vi aggiungeva i salvascarpe impermeabili, eppure si lamentava di aver i piedi nell'acqua. Un giorno lo vidi venire in ufficio con due scarpe enormi da contadino ed egli disse che così aveva potuto evitare l'acqua, mettendosi un primo paio di scarpe e su quelle un altro di grossa misura da montagna.

Un' altra ne racconta il teste Catalano Ernesto ed eccola: « Un giorno, vedendolo in possesso di un ombrello, essendo una splendida giornata, gli domandai perchè ne facesse uso. Egli se ne mostrò rincresciuto e mi rispose che non dovevo meravigliarmi, perchè soleva portare l' ombrello *a periodi fissi.* »

Nemmeno passarono inosservati agli amici ed ai conoscenti altri

fatti come il suo manierismo, l'ossequiosità eccessiva, l'esagerato attaccamento ai suoi doveri d' uffizio.

Ed ora, guardando anche a tutto ciò che era sconosciuto fino al giorno che fu fatta la scoperta del museo, non può non destare impressione il disquilibrio che da alcuni anni si era occultamente stabilito tra la sua modesta posizione e le aspirazioni, tra la morigeratezza dei costumi nell' ambiente domestico e la spensierata dissipazione del denaro della famiglia Cipriani, il contrasto che sorgeva tra la persona del travet, onesto fino alla scrupolo e la persona del segretario sognatore di gloria a base di falsi e di appropriazione indebita.

Dall' insieme dei fatti precedenti la figura d' un tipo pazzesco, non si può negare che ne esca almeno abbozzata.

Ma essa avrà determinazione più precisa da altri fatti.

Esaminiamo innanzi tutto i dati ereditari. Non si possono escludere negli ascendenti del CIARAMELLA malattie del sistema nervoso, anomalie della condotta, eccentricità, tendenze grandeggianti e dissipative.

Meritano di essere segnalate le attitudini artistiche per le quali si distinsero alcuni membri della famiglia Ricca, appartenente al ramo materno del CIARAMELLA.

Sono esse fra le disposizioni ereditarie quelle che più facilmente si trasmettono, come dimostrò il RIBOT nel suo libro sulla eredità psicologica, libro che si consulta sempre con piacere e con vantaggio. Che cosa ereditò il CIARAMELLA del sentimento estetico dai suoi avi possiamo comprendere dopo lo studio che ne abbiamo fatto, da cui risulta che la più alta facoltà contemplativa del bello artistico e le attività creatrici si estinsero per via, non rimanendo a lui che la propensione per gli oggetti d' arte nelle loro qualità meno intrinseche, negli attributi meno proprii. Anzi egli è giunto su questa via discendente fin quasi alla perdita del senso cromatico che è il fattore più fecondo del godimento estetico nelle percezioni visive.

Ma il CIARAMELLA è pure colui sul cui capo si sono accumulate tutte le anomalie psichiche che serpeggiavano da alcune generazioni e si erano andate accrescendo. Egli riunisce in sè le pagine sparse degli squilibri, e delle sconsideratezze dei suoi antenati in una novella ed unica edizione: in lui la tendenza collezionista dell' avo Ricca Pasquale, in lui la imprevidenza ed incapacità amministrativa dello stesso avo e del figlio Claudio, scultore pur' esso di merito; in lui del Claudio, morto pazzo, la mania di fare il bene.

Se dal lato materno furono non poche le influenze morbose, dal

lato paterno non se ne ebbe una minore dose, essendo accertato che il padre fu epilettico e forse anche l'avo.

Oggi si tende a non tener troppo conto dell'eredità in materia di psicopatologia legale o almeno a restringerne la portata: e si parla assai agevolmente degli strappi che la natura fa al determinismo di certe leggi, delle interferenze generative, della rigenerazione ed altro.

Ma bisogna mettere a base di tali eventi che uno de' coniugi porti seco le forze per un'azione salvatrice nella plasmazione del germe. Ma è indiscutibile che se invece le coppie sono malamente assortite, gli effetti malefici non possono mancare. Ed appunto ciò si è verificato pel CIARAMELLA.

Avendo ora elementi non lievi per ritenere che costui abbia varcato i confini che separano la sanità di mente dalla pazzia, possiamo muovere alla determinazione della figura morbosa che meglio gli si attaglia.

Ciò che alcuni testimoni ci hanno riferito di lui, esclude ch'egli abbia mai fatto notare stati accessionali di nervosismo o di alterazioni psichiche, nè disturbi mentali riferibili all'abuso di bevande voluttuarie come l'alcool, nonostante l'accenno che se ne fece da qualcuno.

Dobbiamo perciò eliminare le malattie mentali da avvelenamento, le pazzie periodiche e cicliche e le neuro - psicosi.

Dobbiamo anche eliminare le malattie psichiche da alterazioni anatomo-patologiche del cervello, non avendo mai presentato, nè presentando, il CIARAMELLA, segni di affezioni organiche cerebrali.

Siamo così sospinti verso un gruppo di malattie che è caratterizzato da una parte dalla prevalenza di influenze ereditarie e da l'altra da anomalie della mente e del carattere di natura costituzionale. Non dirò delle manifestazioni varie con cui si esplica l'alterazione psichica in questo gruppo di alienati. Dirò solamente che in alcuni non insorge con imponenti disturbi dei sensi o con grossolani delirii o con esuberante attività motrice, ma si va determinando gradatamente, permettendo al malato di serbare per lungo tempo una normalità apparente. L'intelligenza è rispettata nei suoi poteri formali e brilla anzi talvolta per una non comune capacità dialettica. L'infermo si direbbe dominato solo da preconcetti, da particolari modi di vedere, da irremovibili convinzioni. Il suo buon senso, fuori della cerchia di alcuni pensieri, a carattere essenzialmente personale, lo rende tollerabile per tempo, alle volte per tutta la vita, all'esistenza sociale.

Indubbiamente è a questo gruppo di malati che v' ha ascritto il CIARAMELLA.

La natura costituzionale anomala di esso ci viene indicata anzi tutto dalle alterazioni somato-antropologiche, per le quali rimandiamo al capitolo in cui ne abbiamo parlato, fra cui notevoli l'asimmetria del palato duro, l'eterotopia dentaria, la lieve sfuggenza della fronte, l' infatilismo del ghiande, la fimosi e la presenza di una rarissima alterazione della papilla del nervo ottico, la così detta *papilla conus*, che sono tutte anomalie di sviluppo.

Una parola recente sul valore di tali segni morfologici. Essa è del BRUGIA: « Ogni creatura umana reca con sè qualche errore di forma, qualche insufficienza di virtù. Il segno è un momento specifico ma non essenziale, un presagio non attualità di danno, un'orma stampata, non un passo compiuto nella degenerazione. Le stigme anatomiche sono sospetti, indizii, probabilità destituite di ogni valore di causa. Esse dimostrano fuor di dubbio che qualche turbamento seguì nell'ordine evolutivo delle apparenze esterne, dànno per probabile che anche gli organi interni, quindi anche il cervello, vi abbiano partecipato, per possibile che ciò sia occorso con detrimento della vita intellettiva e morale ». Ma egli stesso ammette che il valore dei segni aumenta colla loro molteplicità e per la concorrenza dei segni biologici e fisiologici.

Passando a questi ricorderemo nelle funzioni nutritive la lentezza del ricambio, rivelataci dall' esame urologico e delle funzioni sensitive, l'anestesia della congiuntiva, la debolezza del senso gustativo e dell' olfattivo, accompagnato alla incapacità di determinare la qualità dello stimolo, la imperfetta visione dei colori, la facilità di confonderli fra loro specialmente a distanza, la inversione dell' ampiezza del campo visivo pei colori verde e rosso, il mancinismo sensorio muscolare, l' insufficienza della convergenza, la vivacità unilaterale del riflesso cremasterico e la quasi mancanza di quelle del piede.

Tutti questi segni costituiscono un complesso non insignificate di fenomeni fisio-patici i quali sono l' indice sicuro dello svolgimento non regolare, nè armonico dell' energia nervosa.

Entrando nel campo delle funzioni psichiche rilevasi che in lui è diminuita l' estensione della coscienza non essendo egli capace di percepire che un ristretto numero d' impressioni in un dato momento come abbiamo visto negli esperimenti eseguiti sulla memoria visiva delle scene complesse. La sua attenzione volontaria è facilmente

distratta dai suoi pensieri predominanti per cui vien ridotto il potere osservativo e stornata la mente dalla percezione della realtà. Ed è perciò che nella descrizione degli obbietti egli trascura una quantità di particolari per divagare invece nella erudizione, nel misticismo, nella poesia o nelle astrazioni filosofico-morali. Fenomeno che si allarga nell' esperimento dalle « frasi da completare ». Nella ideazione abbiamo visto il pensiero seguire una direzione unilaterale, restringente il numero dei rapporti dalla mente concepibili con libertà fra le cose.

Per la paresi dell' attenzione volontaria, le sintesi di idee sorte dal fondo della coscienza crebbero, strinsero legami con altri gruppi di idee conquistate nel loro cammino e si istallarono incontrastate. Sorse così l' idea del museo, la quale si pose come supremo obbiettivo.

Riconoscemmo in un' analisi particolareggiata che l' idea del museo è un' idea morbosa per i legami che essa ha contratti in tutte le direzioni del pensiero, associandosi altre idee collaterali in maniera da costituire un sistema, idee che qui ripetiamo: Fondazione della banca di soccorso, costituzione del comitato di dame, interessamento dei più alti personaggi dello Stato.

L' attività esecutiva non poteva mancare ad un' idea che aveva associate a sè in un unico organismo le forze intelletive, che avea fatto sparire ogni antagonismo di rappresentazione, ogni opposizione di raziocinio, che si poneva nello spirito come una realtà oscurante ogni altra realtà, che aveva per sè tutte le fedi e tutti gli entusiasmi, che aveva per sè gli elementi più attivi del carattere, dei quali anzi era figlia primogenita e prediletta, l'egoismo, tanto più suggestivo in quanto ammantato di altruismo, la vanità, il misticismo forte degli aiuti divini, fiducioso negli occulti poteri della sorte (lotto).

La natura delirante, a base di orgoglio del sistema di idee del CIARAMELLA ebbe la sua piena conferma dallo studio della sua vita affettiva, delle sue emozioni, dei suoi sentimenti. Si vide che in fondo egli che, per un errore di osservazione più che per sua dissimulazione, appare un umile ed un modesto, è un vanitoso, che ha dei suoi poteri psichici un concetto esagerato che supervaluta ogni sua facoltà positiva e se ne attribuisce delle negative.

Infatti si crede insuperabile conoscitore di cose d' arte ed acquista a centinaia quadri di nessun valore, suppone di essere un fine apprezzatore della più ricca tavolozza ed è deficiente del senso cromatico. A sentir lui è poeta ed abbiamo visto di che versi; è musicista

ed abbiamo rilevato dagli sperimenti che non è un prodigio; è animato da un vivo desiderio di fare il bene ed evita di entrare in maggiore contatto coll' uomo.

L' orgoglio stesso gli fa pensare che tutto gli sia facile e che la Duchessa d Aosta, il Re, il Papa possano e debbano interessarsi di lui e dargli denaro ed aiuti; che gli sarà agevole di riunire mezzo milione per riacquistare la pinacoteca, e rimettere su gli altari il suo nome incontaminato.

Chi voglia limitarsi a guardare il sistema delirante del CIARAMELLA fuori di quegli elementi da noi esaminati e che ne costituiscono l' impronta egocentrica fermandosi all' apparenza altruista che esse hanno; chi volesse ritener per veri gli obbiettivi di filantropia di disinteresse e d' incremento artistico, da lui messi innanzi con tanto colore, chi credesse di tener conto delle tendenze liriche, sociologiche, ascetiche del suo pensiero potrebbe pure riconoscergli i distintivi dei così detti mattoidi, alienati dei quali il TANZI ha fatto una varietà dei paranoici, perchè come i paranoici schiavi d' un preconcetto, ondeggianti tra una dissimulata ambizione e una rudimentale tendenza a credersi perseguitati. Ma da quanto fu oggetto del mio esame nei capitoli sulle idee morbose e sui sentimenti del CIARAMELLA ritengo che l'interesse personale sia la base del sistema delirante di costui e che il rimanente sia la bella veste di cui l' ha rivestita la stessa fantasia paranoica vanitosa per renderla più confacente alla propria natura.

Il delirio fondamentale del soggetto in esame è quello ambizioso, ma al disotto di esso si accennano idee pessimiste, le quali oltre quelle vanitose lo spinsero, già da tempo, ad un certo isolamento, perchè gli facevano vedere l' umanità dominata dall' egoismo e corrotta dal vizio: e si rendono di quando in quando palesi preoccupazioni per la propria salute, eccedenti anche l' ordinaria cura che ogni sano ne può avere, sino al punto di consigliargli provvedimenti esagerati per evitare l' umido ai piedi e per sfuggire ai pericoli del contagio (tubercolosi, sifilide), che specialmente nel carcere gli hanno dato insoliti timori.

Lo sconcerto quindi è anche più esteso di quello che pare a prima giunta e dovunque si volge l' indagine si vedono a fianco a guasti irreparabili indizi di altri e non minori guasti.

Conclusioni.

In seguito alle prove raccolte, agli esperimenti compiuti ed alle osservazioni fatte, all'analisi e alla sintesi di tutti gli elementi della individualità morfologica, fisiologica e psicologica del CIARAMELLA possiamo venire alle seguenti conclusioni:

1° L'avito retaggio di malattie nervose e psichiche; i segni anatomici di alterato e deviato sviluppo fisico, i disordini, gli squilibrii, le deficienze, le asimmetrie delle funzioni, specie nervose; la conservazione formale del processo logico, le idee false od erronee, emanazione dei particolari centri emotivi non più pieghevoli ad un giusto adattamento dell'individuo nell'aggregato sociale, ma rigidi e prominenti; tutto il fardello delle superstizioni, dei pregiudizi, del misticismo e della cabala; la perdita del senso dello sforzo nel raggiungimento dei propri fini, l'immoderatezza nel desiderio, la leggerezza ed imprevidenza nelle azioni; la preparazione lunga e latente, la formazione lenta del sistema delirante e il tardivo estrinsecarsi in adeguati atteggiamenti ci permettono di ritenere il CIARAMELLA affetto da anomalie costituzionali, paranoiche, della mente che si sono concretate in un delirio ambizioso di cui il progetto di fondare un museo, che ne fu la più idonea e forte concezione, raggiunse il grado di una vera idea ossessiva, paralizzante ogni sana critica, ogni potere di arresto, ogni libera elezion e.

2° Il CIARAMELLA quando commise i reati che gli sono ascritti era in tale stato di infermità mentale da mancare interamente della libertà dei suoi atti; per la quale ragione egli dev'essere ritenuto irresponsabile.

Avendo i periti revisori Prof.ri LEONARDO BIANCHI e GAETANO CORRADO confermato il precedente giudizio medico legale e dichiarato innocuo l'accusato, questi venne prosciolto dall'accusa per vizio totale di mente e rimesso in libertà.

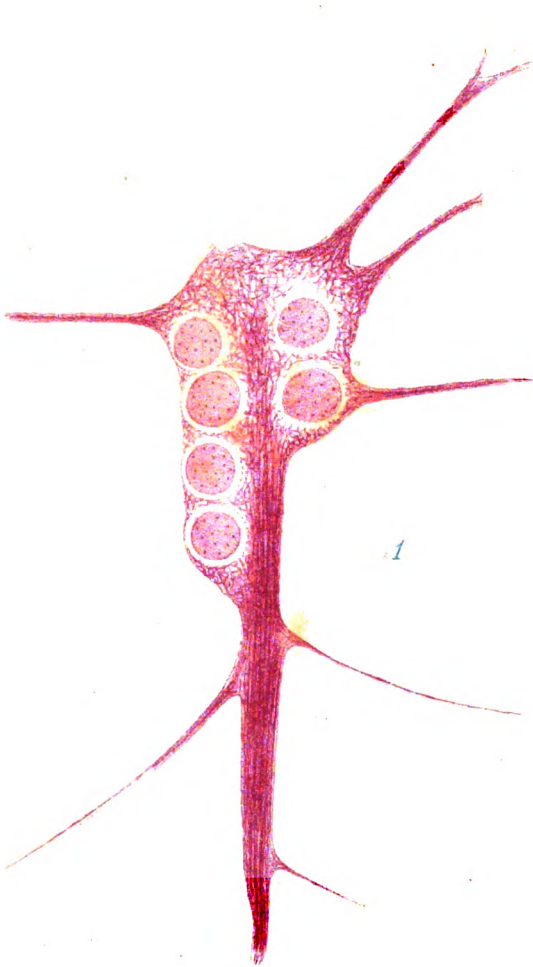
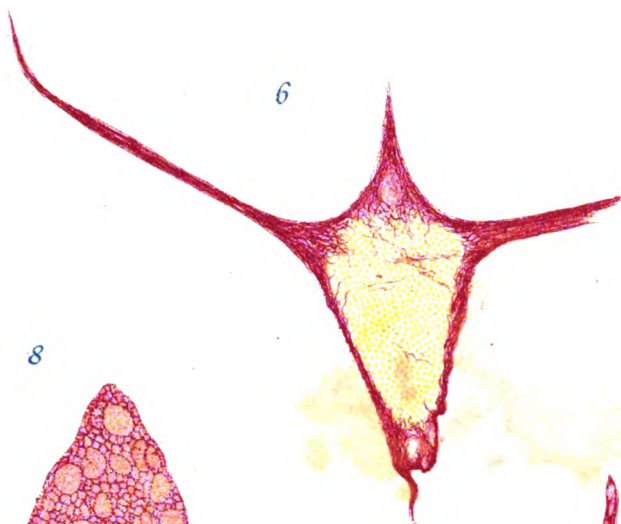
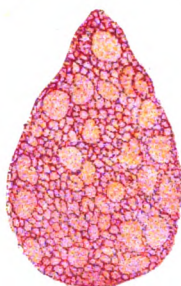
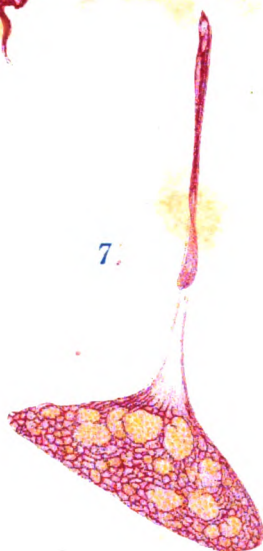
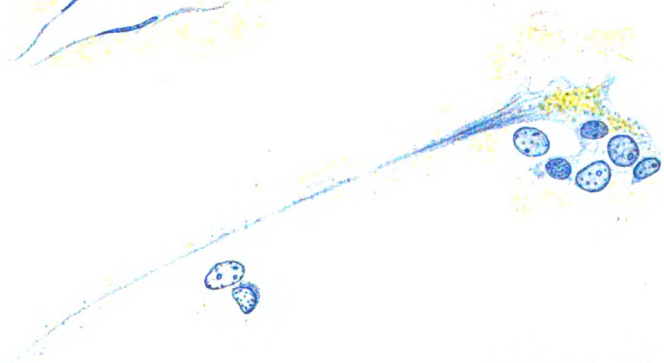
SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Figure 1, 2, 3. Cellule piramidali della zona rolandica (Osserv. IV). Metodo *Donaggio*.
Penetrazione di nuclei nevroglici nel corpo delle cellule.
(Zeiss Immers. 1,5 Apert. 1,30 Oc. 4 Compens. Tub. Allungato).

Figura 4. Cellule piramidali zona rolandica. (Osserv. VI) Metodo *Donaggio*.
(Zeiss Immers. 1,5 Apert. 1,30 Oc. 4 Compens. Tubo Allungato).
Descritta nel testo.

Figure 5, 6, 7, 8. Cellule del corno anteriore della midolla spinale (rigonfiamento cervicale). — Osserv. V. —
(Zeiss Immers 1,5 Apert. 1,30; Oc. 4 Compens. Tubo Allung.).
Descritta nel testo.

Figure 9 e 10. Piramidali medie della zona rolandica. (Osserv. V). Metodo *Nissl*.
(Zeiss: Immers 1,5. Oc. 4 Compens. Tubo Allung. 16.) Descritte nel testo.

1
3
2
S. Onufrio dis.

4
6
8
5
7.
10
9
Lit. A. Serino-Napoli

PER UNA METODOLOGIA DELLE SCIENZE MEDICHE FONDATA SULLA STORIA DI QUESTE

Saggio

DEL

D.r Prof. F. Del Greco

Sommario — 1. Necessità di uno studio «formale» della Medicina — 2. Sarà fondato sulla Storia di questa, al lume della Logica, Psicologia, Etica — 3. La legge dei tre stadii della Mentalità umana, volta alla interpetrazione della Storia della Medicina — 4. Dalla Medicina mitologica a quella descrittiva o clinica. Ippocrate — 5. La Medicina dottrinaria. Analisi della Dottrina e scissione ulteriore di questa in — Scienza pura — ed Arte — 6. Struttura della Scienza pura. La Scienza pura è conoscenza del «possibile», non del «reale». Come raggiungere quest'ultimo scopo — 7. Conseguente struttura della Clinica. La Clinica è Scienza storica e pratica. C. Bernard — 8. Epilogo. Il processo della Conoscenza nella Storia della Medicina — 9. Applicazioni ed induzioni diverse — Altri aspetti della Storia della Medicina.

1. Ogni giorno vediamo tra l'una e l'altra Scienza sorgere altre; ponti di passaggio, metodi, idee animatrici complicarne le grandi divisioni, mutando la fisionomia del tutto — Gravi spostamenti si osservano nell'intimo delle Scienze più evolute. La Geometria rivede i suoi principii, la Fisica, la Chimica si accrescono di parti varie e diverse — Un perenne lavorio di ricerca «metodica» affatica le Scienze istoriche e giuridico-sociali; nè si mostra estraneo a quelle biologiche. La grandiosa impalcatura evoluzionista oscilla e la Fisico-chimica sembra, in una con la Istologia, lavori a costituire una Scienza generale della vita — Tra le biologiche la Medicina appare complessa molto. Tutte le Scienze naturali, e le filosofiche, le sociali, prendono contatto con essa. La Medicina è divenuta un superbo organesimo ideale, molteplice, instabilissimo.

Mai, come in quest'ora, sentesi il bisogno per tutte le Scienze e per la Medicina in ispecie, sentesi il bisogno di avere occhio ai loro aspetti formali, alla loro *struttura*.

Certo, una pleiade di osservatori *fa* la Scienza, si sforza di pene-

trare entro gli abissi del reale obiettivo — Ma la Medicina è prodotto dello spirito: *giova conoscerla nei suoi svolgimenti e direzioni.*

La sua vita ideale è troppo mobile, ha troppe connessioni con le più diverse discipline e con la mentalità comune, accoglie e respinge tanti principii e metodi — Urge quindi averne piena coscienza per contribuire ai suoi progressi, evitando antiche e nuove illusioni.

2. Come gl' insegnamenti giuridico-sociali hanno una introduzione sistematica; così sarebbe opportuno per la Medicina — La *Storia dell'ultima sarà la trama concreta* per chi voglia fissare il sistema delle discipline, che vi si riferiscono, nelle singole, mobili, svariatissime particolarità. Non la Storia minuta, aneddotica, ma la Storia generale al lume della Psicologia, Logica, Etica, Diritto.

Cose nuove non dico, essendo lunga la serie degli storici e filosofi della Medicina.

Questa (ho detto) è creazione dello spirito, concreta manifestazione della Mentalità — Le leggi psicologiche e sociali aiuteranno noi a comprenderne gli sviluppi in rapporto alle epoche ed ai paesi più diversi: la Logica darà a noi il modo di penetrarne intimamente la struttura, i metodi e tentativi nella ricerca del vero e delle sue pratiche finalità — L'Etica istessa ed il Dritto, applicate alla Storia, porranno in luce il valore ch'ebbero gli antichi e recenti medici e studiosi, lo spirito che li animò, le disposizioni legislative entro cui dovettero svolgere la loro opera.

Dalla Storia filosofica della Medicina trarremo quindi gli elementi per adombrare una *Sistematica e Metodologia* medica, una *Morale e Deontologia* — Inoltre può bene il pensatore dal materiale storico, così inteso, salire in alto alle Scienze filosofiche esplicatrici, tentando i problemi della Psicologia generale e Teorica della Conoscenza.

3. È inutile (ripeto) per tale scopo invescarsi in troppa erudizione, andare in traccia, con minuzia di particolari, di cognizioni mediche tra popoli ed epoche diversissime — Questa prima fase della ricerca sarà fatta da ben altri studiosi — Noi verremo a ricostruzione inoltrata. A noi importa una *Storia tipica*, da cui astrarre la *figura genetica* di Scienze e discipline, che ora la compongono e la comporranno via via — La generalizzazione del Comte sulle tre fasi, percorse dalla Mentalità istorico-sociale, è schema utilissimo per ordinare così difficile materia.

Infatti vi è storicamente una *Medicina mitologica e teologica, una metafisica o dottrinaria* — una *scientifica* — Si nota nel tempo, ed anche ora — Non si va, al presente, dai santuarii miracolosi e dalle mille superstizioni del volgo, dal mesmerismo e dai dilettanti omeopatici, non si va alla Medicina dottrinaria dei mezzo culti od anche dotti, fino alle squisite ricerche ed analisi sperimentali? — In uno stesso individuo, in un medesimo ingegno vediamo talora succedersi, lottare, confondersi queste tre forme medico-istoriche.

Da ciò si vede, come la Medicina tragga radici profonde dalla Mentalità umana, sia qualche cosa di più di una Scienza, bensì matrice di Scienze, di Arte ed errori infiniti.

4. La generalizzazione del COMTE, applicata alla Storia in discorso, reclama ulteriori analisi — In proposito è bene ricordare, che la intelligenza va per astrazioni e sintesi o costruzioni. Da unità percettive originarie *astrae* schemi, sensazioni prominenti, in rapporto alle sue necessità ognora più sociali e diverse: a questi schemi *sussume, od intorno ad essi aggruppa*, altre sensazioni e percezioni.

Il mondo concreto esterno per il selvaggio è di una povertà grande: vi scorge quanto è in rapporto alla sua limitatissima vita. Per lui *cosa* ed *esplicazione di essa* formano pressochè unità: ogni oggetto od evento è *fatto, compenetrato* da capricciose entità antropomorfiche — La Medicina mitologica ed in seguito la sacerdotale sono di tal genere: non descrivono morbi, cercano di guarirli, operando sulla entità antropomorfica *che li crea ed informa.*

Solo ad epoca relativamente avanzata della Civiltà sorge la *descrizione* dei morbi. Le scuole di CNIDO e di Coo tentano di descrivere. Gli aforismi ippocratici sono accenni di descrizioni, sono uniformità, note riassuntive dei modi di sviluppo di certa istoria morbosa.

Meditando bene la concezione ippocratica, vediamo che in essa si agitano tanti motivi ideali, e schemi ed interpetrazioni animistiche o metafisiche. L*a descrizione si libera a fatica da questo sfondo di esplicazioni.* Il mondo biologico concreto vi si costruisce a pezzo, a pezzo.

La descrizione scientifica se ne distingue (ho detto): eppure si svolge *in rapporto* a quei punti di vista, a quegli astratti faticosamente conquistati — E lo vediamo in tutta la Storia delle Scienze.

La descrizione della natura fisica non si è avuta per le idee di

spazio, numero, moto, materia, elaborate dal pensiero antico? Idee che sono per noi, come l'ossatura rappresentativa del mondo concreto — La nostra percezione empirica del mondo obiettivo, anche quella di un contadino inculto, non è pari alla percezione di un selvaggio e di un primitivo. Nella mentalità del contadino pesano molti secoli di Storia.

Infatti, traetelo dal reale obiettivo, mettetelo innanzi ad un altro e poco sperimentato campo di realtà; innanzi a *fenomeni psicologici*, per esempio. Ed allora egli farà come il primitivo: inetto a descrivere, tenterà spiegazioni animistiche. Riferirà i moti del suo animo ed idee ed impulsi [oggettivamente e sommariamente appresi] non a sè stesso, bensì a *volontà estranee, distinte da lui* — La nostra percezione empirica non è più tale a rigore, é [direi] semi-empirica vi si annidano astratti storicamente conquistati.

Valga un altro esempio — La Medicina antica non riuscì ad una notevole descrizione degli *stati e sviluppi morbosi dello spirito.* ARISTOTELE (é vero) gittò le basi della Psicologia biologica, ARETEO ed altri ebbero pagine mirabili sulla epilessia e sugli equivalenti di questa; tuttavia (ripeto) poco descrissero — E perchè? — Perchè il mondo antico tardi si accorse del *fenomeno psichico.* Tutta la Letteratura, le Arti estetiche antiche risentono di questa poca interiorità — Dovettero svolgersi il Cristianesimo e tante e nuove Letterature e Filosofie; dovemmo giungere in Francia ai principii del setolo XIX, quando O. DI BALZAC descriveva nei suoi romanzi sociali i più diversi tipi umani. Ed allora, in quel fiorire di Scienze e di principii umanitarii, venne innanzi ESQUIROL, che imprese a descrivere gli stati patologici dello spirito, instaurando la Clinica mentale (1).

5° La descrizione adunque, l'ordinata narrazione di fatti o particolarità, che si succedono o distendono nello spazio, è nota di uno spirito maturo. Ed è parallela [lo vedremo più innanzi] allo sviluppo delle Dottrine e delle Scienze.

Nella realtà oggettiva, in Clinica, il fatto è una sincresi di dati empirici, di astratti obiettivi, se non di interpetrazioni molteplici: è

(1) Questo esempio e le idee fondamentali di tutto l'articolo sono svolte nel lungo Studio dell'istesso A.: - *Aperçu critique sur l'Histoire de la Médicine méntale* - Alcan 'ed.

una totalità, (meglio) una *individualità* — IPPOCRATE fu il sommo fondatore della Clinica, perchè concepì il morbo, come *alterazione d'individualità*; e vide questa *in rapporto* a fattori ambienti — Egli fondò, in una, Clinica ed Antropologia.

La Clinica è Scienza storica, di descrizioni: per salire ad una fase esplicativa, è necessario, che la sua intuizione particolare *si risolva, qua e là, in elementi distinti e connetta* alle Scienze, di cui ha in germe i motivi — Ogni Scienza si eleva sulla base di un *limitato aspetto*, di un astratto da quel complesso reale, dall'individuo — Ma prima delle Scienze sono apparse le Dottrine.

Nella Dottrina afferriamo al vivo una Scienza che sorge ed un'Applicazione od Arte: la Dottrina è l'una e l'altra. Struttura germinale, non ancora differenziata, la vetta in alto, l'ampia base confusa nell'empirismo clinico — L'Arte é finalistica, utilitaria, ripete la fondamentale tendenza del nostro spirito, quella di volgere le cognizioni a necessità pratiche e diverse — Non così la Scienza — Questa, per svolgersi, dev'essere *disinteressata:* altri impulsi ideali e profondi debbono lavorare a crearla. La Scienza, come la Poesia, non mira all'utile: solo così può vivere e giganteggiare — Senza le contemplative speculazioni di PLATONE ed EUCLIDE, non avremmo la Geometria: senza i mistici bramani, non l'Algebra.

La Dottrina è adunque Scienza ed Arte in germe — Andiamo oltre: nella Dottrina vi è il *principio dottrinario*, un discendente della entità antropomorfica. Questo principio spiega una molteplicità di eventi e cose, come se li creasse, li formasse addirittura: sorge di fronte ad una *realtà non ancora bene definita.* Non ancora è surto il *fatto scientifico*, limitato, distinto.

Si arriva alla Scienza, quando la Dottrina si sdoppia in Scienza, in ricerca teoretica, ed in Arte. E quando nella ricerca teoretica il principio dottrinario diventa *ipotesi o legge*, quando il reale mal distinto diventa *fatto a rigore*, vale a dire un astratto obiettivo, derivato man mano dalla sincretica percezione empirico-animistica e dottrinaria — Il fatto scientifico è dato sensoriale appreso da un punto di vista generale, è *nozione.*

6° Legge, ipotesi, nozione: ecco apparire la Scienza — La ipotesi è figlia della entità antropomorfica antica e del principio dottrinario, sorge di rimpetto al *fatto*, ma non lo crea — L'entità antropomorfica, il principio dottrinario creavano — L'ipotesi, per divenire Legge

[ossatura di Scienza a rigore], uopo è *s' integri* nel fatto. La ipotesi completa fatti noti con altri ignoti, supposti; intuisce il « fatto » in tutto il suo sviluppo e nelle sue condizioni; anzi ne avvisa il modo, l'uniformità fondamentale d'essere e divenire. L'ipotesi è perfetta, quando è *formula riassuntiva, unica,* di un sistema di variazioni del fatto, vale a dire quando è *legge.*

Nelle Scienze sperimentali la *ipotesi* si sforza di connaturarsi nella realtà, vi si muta ed adatta. Durante questo lavoro, muta ancora l'apprensione obiettiva della realtà, il fatto: questo si semplifica, si definisce, si fa pensiero — Nelle Scienze, evolute molto, legge e fatto sono unità, o quasi, come nella Geometria.

Adunque nel periodo animistico della Mente la *causa* era pressochè assorbita nel *reale, non ancora distintamente, pienamente appreso* — Nella Dottrina [fase seconda della generalizzazione del Comte] incomincia il fatto a distinguersi lentamente in rapporto al principio esplicativo. *Esplicazione e descrizione* si definiscono via via ed allontanano: si ha così « legge », « ipotesi » da una parte, « fatto » dall'altra — Nella Scienza sperimentale tendono ad avvicinarsi, fino a che nella Scienza esatta si confondono, unificano — Però questo confondersi non è un « ricorso ». Il dato sensoriale non è più appreso nelle sue ordinarie forme empiriche, tanto meno animistiche: è consapevole, idealizzato, è divenuto pensiero.

Come si vede, il mondo della pura, più elevata conoscenza è trasparente a sè stesso; si costruisce dappresso al reale, con elementi astratti dal reale, ma in certo modo se ne distingue, simigliante a circolo chiuso — La conoscenza pura ne fa prevedere, intendere ciò che *può essere,* non ciò *che è.* Ora dobbiamo prevedere, intendere ció che è — In qual modo raggiungere un simile scopo?

7° Quanto esiste è un complesso, una individualità, una sincresi di elementi. La descrizione della individualità è Clinica, é Storia, non Scienza a rigore — Le generalizzazioni istoriche sono probabili induzioni, che rivelano a noi tendenze, direzioni fondamentali di sviluppi fenomenici, non ci mettono in grado di *prevedere* — Eppure le generalizzazioni istoriche hanno un grande valore euristico — Servono da *punti di convegno,* di ritrovo alle *deduzioni* delle Scienze pure. Mi spiego.

L'individuo (ho detto) è una sincresi di dati empirici e via via di *aspetti reali:* su ogni aspetto si costruisce una Scienza. I risultati

delle Scienze [formate salendo da quella base sincretica] ridiscendono poi. Una è la Storia, il processo degl' individui: varie le Scienze. Le deduzioni dalle Scienze convergono, ed il punto che le attira è la dubbia generalizzazione istorica — Espongo il metodo della Clinica.

Siccome la totalità individuale ha aspetti molteplici, si rivela in certo modo inesauribile: nuove Scienze possono su essa costruirsi — Ogni Scienza non solo concorre a *renderne intelligibile* un aspetto, ma ad *arricchirne la descrizione.*

L'errore delle Dottrine era quello di credere, che con un *principio* o disciplina unica si potesse comprendere *tutto* l' individuo. Al contrario le Scienze dimostrano, che le esplicazioni dell' individuo sono *parziali, progressive.* In fondo permane sempre un residuo inesplicato. L'empirismo volgare per tal modo ha diritto di cittadinanza nella Storia e nella Clinica — Si pensi, che la Clinica è non soltanto conoscenza, bensì Arte. Ed all' Arte *occorrono cognizioni sintetiche, svolgentisi sulla totalità del reale in istudio.*

Lo scienziato deve avere esatta idea dei *limiti,* che insistono tra esplicazione scientifica, induzione storica, supposizione empirica. C. BERNARD fu il grande fondatore della Medicina scientifica, perchè sovra tutti ebbe coscienza di questi limiti.

8° — Riassumendo:

Il processo della Conoscenza si rivela nella Storia della Medicina, traversando i periodi *mitologico, dottrinario, scientifico.*

Nello *stadio mitologico* il reale è appreso frazionatamente, è un confuso di entità antropomorfiche, creatrici di cose ed eventi: cose ed eventi, non certo intuiti in tutta la loro pienezza ed organica molteplicità sensoriale. Il selvaggio vede, ode, sente in genere, quanto è in rapporto alle sue necessità prime di conservazione, all'acquisto del cibo, all'amore, ecc.

Nel *secondo stadio* questa organica molteplicità sensoriale meglio s' intuisce ed apprende per un complesso di vedute schematiche, di motivi animistici o metafisici esplicatori. Questi motivi tendono ad unificare, a dirigere, ad accrescere gli aggruppamenti sensoriali — Si accenna così la descrizione e si accennano ancora le Dottrine. La descrizione non è completa e sicura: l' obiettività del reale è a limiti sfumati. I principii dottrinarî cercano di abbracciarla in totalità, di crearla, darne la spiegazione, volgendo la conoscenza del tutto a scopi pratici.

Nello *stadio scientifico* il reale obiettivo sincretico si è moltiplicato e scisso, qua e là, in definiti astratti obiettivi: astratti che sono in rapporto ad ipotesi od a leggi fenomeniche — Sono così surte tante Scienze pure: si è raggiunto il vertice dell'astrazione — Vero è, che abbiamo la esplicazione e descrizione di limitati aspetti della realtà, non di questa nelle *unitarie sintesi individue.* Dalla intuizione di queste sintesi sorgono, è vero, descrizioni di second'ordine, ed ancora *generalizzazioni.* Ma le ultime sono provvisorie, incerte; fungono da punti di ritrovo a quanto si deduce dalle Scienze, costruite sugli aspetti singoli.

Le Scienze sono analitiche, generalizzatrici: nel loro impulso ascensivo fanno sottile la realtà, ne smussano le differenze, le singolarità. *Uopo è ridiscendano nel tutto semi - empirico sottostante.* All'analisi astrattiva deve succedere un lavorìo di sintesi ed individuazione — Più Scienze si aggruppano, si sforzano di abbracciare la realtà piena, arricchendola di esplicazioni e descrizioni. Ma la realtà non viene *tutta* compresa dalle Scienze: subito svolge altri aspetti, altri motivi ideali. Stimola il sorgere di nuove Scienze, che s'intravvedono, in alto, nell'aver perso del lontano avvenire: e giù, aumenta ognora di essa la istoria concreta, obiettiva.

La realtà è adunque un Proteo novello, inafferrabile nel tutto, non si rivela mai intera: ha pronti nuovi lati, nuove sorprese alla Ricerca, allorchè questa sogna di averla pienamente chiusa nelle sue fragili reti.

Così dicendo, io nulla affermo intorno ai limiti estremi della *Esperienza* — La esperienza è in rapporto ai nostri organi di senso, alle attitudini funzionali ereditarie, ai mezzi tecnici che ne amplificano la percettività; ed ancora è in rapporto al processo di elaborazione senso - ideativa, svoltosi durante la Storia umana per i cimenti della vita pratica, per gli sviluppi della Cultura — È difficile, in grado massimo, segnare con *limite netto* i contributi dell' uno o dell' altro ordine di efficienze. Esse operano in unità alla genesi dell' atto di esperienza, dell' atto percettivo.

9° I fugaci cenni, ora espressi dimostrano, quanto sia ricca d'induzioni ed idee la Storia della Medicina, filosoficamente indagata — Da essa possono trarsi norme metodologiche d'alto rilievo — Ad esempio, è un non senso parlare di Clinica *sperimentale.* Vi è una Fisiologia, una Patologia sperimentale, non una Clinica di tal genere.

La Fisiologia e Patologia hanno *scopi teoretici*, non *pratici*, come l'ultima. E l'esperimento (a rigore) importa, che i fenomeni sieno ricercati sotto il *minor numero* di condizioni possibili. L'esperimento è analisi causativa, non sintesi finalistica. La Clinica è l'ultima cosa, è sintesi di conoscenze, volta a scopo determinato.

Inoltre è utile la Storia per farne intendere, come le tanto derise mediche Dottrine sieno una *fase importantissima* del processo di sviluppo della Mentalità — L'impulso utilitario, a base di una Dottrina, dà i primi moti al sapere, adombra una Scienza. «L'umorismo ippocratico e medioevale» era l'albore della presente Chimica biologica, come il «solidismo» dell'Anatomia, il «metodismo» della Fisiologia, il «vitalismo» della Biologia generale, l'«animismo» della Psicologia empirica. — Allora si ebbero le Scienze, quando la ricerca si distrigò da ogni esigenza utilitaria. La Scienza spesso fu creata da altri, da ricercatori contemplativi. In secondo tempo tornò alle applicazioni, ad inserirsi nel tronco immane della Clinica.

Un' altra e gravissima questione — La Storia della Medicina, come quella di altre Scienze, dimostra che il «fatto» non è qualche cosa di perfettamente iniziale e stabile. Il fatto è risultato d'una evoluzione: è molto complesso, a struttura cangiante, di analisi punto agevole. Vi sono diverse specie o gradi del fatto: dati empirici, fatto sincretico o storico, fatto scientifico a rigore — Il «principio dottrinario» precede il «fatto»: l'«ipotesi» anticipa i «fatti» — È inutile accumulare dati su dati empirici: ciò non vuol dire trovare fatti e nuovi. Il « fatto » è in rapporto ognora con la « ipotesi » e con la « legge »: allora è veramente significativo, quando volge ad integrarsi con l'ultima.

L'empirismo medico antico menò vita grama, mentre ha trionfato IPPOCRATE — Perchè? — Il primo disperdeva il reale biologico umano in un nosografismo fuori da idee dottrinarie esplicatrici o scientifiche; lo disperdeva in sintomi, a sè, che non indicavano la operosa unità individuale. Il secondo ridusse i sintomi all' *unità concreta* dell'individuo ed *articolò* quest'ultima con le nascenti Dottrine, che poi furono Scienze.

La Psicologia generale viene illuminata dalla Storia della Medicina, che rende ognora più probabile la tesi: essere il mondo delle idee figlio di quello nostro «personale». La «legge» scende dal «principio dottrinario», dalla «entità antropomorfica», che sono ipostasi della *personalità* in fine. Le «idee», queste espressioni del nostro mondo ri-

flesso e coosapevole, ricordano nella loro struttura i tormenti dell' individuo tutto fra le angustie del mondo sociale ed esterno (1). Le «leggi del pensiero» molto probalbilmente s'interpetrano, se considerate *in rapporto allo sviluppo ed integrazione della personalità.*

10. Non era nei limiti di questo articolo ragionare intorno all'aspetto *deontologico* e *morale* della Storia medica — Una simile ricerca ne avrebbe volto allo esame dei *momenti sentimentali e pratici, generatori ed integranti* questo particolare e magnifico sviluppo della Mentalità e del Carattere umano.

Avremmo visto una progressiva ascensione od intreccio di sentimenti e motivi utilitarii, religiosi, estetici, filosofici, sociali. Li avremmo ricercati, in fascio, confusi con altri *non operanti alla genesi* in questione; li avremmo ricercati *nell'animo d'individui* ben diversi. Questi individui furono, ora lo stregone, il sacerdote, il filosofo; ora lo schiavo, l'empirico, il ciarlatano, lo scienziato, l'umile eroe, che cade silenzioso nella lotta contro epidemie funeste — Tanta varietà di uomini e movimenti d'animo, collettivi e singolari, l'avremmo veduta dappresso ad altra varietà di *rapporti esterni e giuridici* — «Diritto» appena fissato nelle Legislazioni, che si accenna negli antichi precetti religiosi; va per rapporti di classi, di popoli, di dominio e clientele. Ed ora tende ad uno sviluppo notevolissimo, a cagione dell' indirizzo igienico e profilattico delle civili società contemporanee.

Como, Settembre del 1908

---

(1) Vedi i Saggi dell'istesso A... *Sulla psicologia della invenzione* — Rivista di Filosofia, 1900 — *Invenzione e Personalità* — Dal «Manicomio» Archivio di Psichiatria, ecc.— 1902 — *Intorno alla Mente ed ai suoi tipi* — Dal «Manicomio», 1905 — *La psicologia del genio e i grandi mistici* — Dalla «Rivista di Psicologia applicata», 1908 — ecc.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

LE MALATTIE MENTALI E LE CORRENTI MIGRATORIE nell' Italia Meridionale

PEL DOTT. FRANCESCO LENER

(Continuaz. vedi N. 2, Anno 1908)

Dalle brevi notizie, riportate sul conto di ciascun infermo e dai risultati numerici trascritti per ciascuna Provincia, vien dimostrato chiaramente il fatto che Avellino e Campobasso danno il maggior contingente d' immigrati, ammalati di mente; sono seguite dalle provincie di Salerno e Cosenza, mentre il contigente più basso è dato dalle Provincie di Bari e Foggia.

Io non so, e per quante ricerche insistenti avessi fatto non mi è riuscito di sapere, in quale delle sei provincie sia stato più intenso il movimento migratorio; sta il fatto, rivelato del resto dai pochi cenni statistici, che gli emigrati delle provincie di Bari e Foggia oppongono una resistenza maggiore all' azione del nuovo ambiente e perciò alle nuove condizioni di vita e di lavoro. Ciò dipende, a mio credere, dal fatto che in queste due provincie la lotta per l'esistenza più grave ed aspra stabilisce una migliore e più valida preparazione negli emigranti, già temprati alle dure asperità ed alle immanenti incertezze economiche.

Appare, per altro, indubbio che in queste regioni le attività psichiche più complesse, individuali e collettive, siano volte all'utile sociale più che non avvenga nelle altre provincie consorziate; le lotte per un miglioramento economico e per una più rapida ascensione nella scala sociale, assumono in quelle due provincie, si può dire, un carattere di stabilità.

Vi è in quelle regioni come un continuo sussulto di lotte, nelle quali l' individuo acquista una più chiara visione del valore sociale proprio e degli altri, e viene acquistando perciò, fortificato dall' esercizio, una maggior forza di resistenza agli infiniti stimoli sociali, una maggior validità intellettuale che rinvigorisce e sviluppa i poteri mentali più elevati, e rende ciascun elemento più evoluto e adatto alla lotta. Appare più necessario in queste provincie vivere la vita della mente, sicchè gli strati sociali più bassi mostrano una minore esauribilità nervosa, e perciò un maggior equilibrio psichico nella nuova orienta-

zione della personalità; ne risulta che, acuito ed educato il senso sociale o meglio di socialità la selezione degli invalidi, dei feriti, degli spostati, di quelli in genere che non sono adattabili, vien fatta nelle provincie stesse. Sicchè in queste regioni, ed a mano a mano che si sperimentano nuove norme di vita e ciascuno subisce orientamenti nuovi, più si risente il danno prodotto da quelli che alle nuove contingenze si mostrano inadattabili, e già più rapida e pronta si esplica la eliminazione di questi soggetti. Ne consegue che gli emigranti di queste due provincie, subendo nei luoghi d'origine una preparazione maggiore, hanno nella vita che vivono in patria il miglior mezzo di educazione, colla quale il carattere si rafforza e più rare diventano le esplosioni passionali ed istintive.

Ciò, del resto, è dimostrato anche dalla distribuzione, dirò così, geografica delle malattie mentali degli immigrati delle sei provincie; dalla quale risulta che alla *paralisi progressiva* dà il contributo maggiore la provincia di Avellino con 8 su 22 ricoverati (36,36 °/₀): seguita da Salerno che ne ha 3 su 11 (27,27 °/₀) e da Campobasso che ne dà 5 su 20 (25 °/₀) e da Foggia che ne dà 2 su 8 (25 °/₀) mentre che Bari non ne presenta che 1 su 9 ricoverati (11, 11 °/₀) e finalmente Cosenza 1 su 17 (5,88 °/₀); sono perciò 20 ricoverati affetti da Demenza paralitica su 87 immigrati ammessi nel nostro manicomio.

Le *psicosi da alcoolismo* dànno anch'esse un contributo notevolissimo, nel quale non mancano individui a tendenze criminali, estrinsecantisi sotto l'impero di allucinazioni a contenuto ostile persecutorio.

Le forme *depressive* psichiche predominano fra gli ammalati immigrati di Bari, mentre si riscontrano assai scarsamente o mancano del tutto nelle altre provincie. Indubbiamente la condizione psicopatica, dalla quale nasce una psicosi depressiva, importa un discreto sviluppo affettivo ed intellettuale, non che un certo svolgimento della vita psichica; sicchè nella psicopatia il tono doloroso dell'animo, la condizione cioè di arresto psichico, risulta continua, eguale, raramente complicata a fasi ansiose. E se nel decorso della malattia si sviluppano idee deliranti sul fondo di depressione psichica, queste hanno piuttosto un contenuto di colpabilità, di picciolezza, raramente di persecuzione con complicanze di disturbi sensoriali; in questo caso il contenuto ostile-persecutorio dell'idea delirante è sempre sostenuto da una condizione di sospetto o di paura, che formano l'appannaggio quasi costante invece di individui a scarsa evoluzione psichica e mentale.

Come, dunque, nella Provincia di Bari vi predominano le forme depressive? Una breve indagine in questo senso non deve andar tra-

curata, specialmente se si comparano le diverse provincie fra loro e le diverse forme di malattie mentali che in ciascuna di esse predominano.

Le differenze bio-psichiche di ciascuna individualità sono più visibili nel decorso di una malattia mentale, la quale mette allo scoverto il carattere fondamentale ed il temperamento di ciascuno individuo; temperamento e carattere, che, in ultima analisi, sono rappresentati dalle diverse manifestazioni dell'attività psichica di ciascuno in rapporto al mondo esterno. Com'è noto, concorre a formare il carattere non solo l'ereditarietà psicologica, dove più si conservano le tendenze ed il tono della emotività, ma anche l'esperienza individuale derivante dalle relazioni, dai vincoli che l'individuo stabilisce coll'ambiente sociale, il quale preme su di lui.

Il Sergi (1) considera il carattere individuale come formato di due parti; una fondamentale, avventizia l'altra: «la prima deriva dal «lento depositarsi e dall'accumularsi continuo di elementi che si for«mano nella serie di generazioni da cui discende l'individuo, l'altra «è quel che si aggiunge nel periodo di vita individuale».

A formarlo, tra gli altri elementi, va notato lo stato civile o semicivile del paese, con tutto il progresso che alla civiltà è congiunto, dove non manca lo sviluppo dei sentimenti «*che hanno grandis«sima parte in tutte le maniere di relazioni sociali, nelle società «civili, e si riferiscono alle più larghe relazioni di convenienza «sociale ed alle più delicate conseguenze morali*». Evidentemente queste nuove stratificazioni, o avventizie, sono più visibili negli individui non degenerati dalla miseria bruta, e che non sono per anco degradati dall'ambiente che subiscono fatalmente per un adattamento assai simile a quello degli animali inferiori. Nella provincia di Bari non mancano esempii di miseria bruta, non manca, in alcuni paesi, l'adattamento fatale degli individui a condizioni di vita inferiori; ma queste cause degenerative del carattere non sono così profonde e sopratutto non coinvolgono così largamente intiere comunanze d'individui, come nelle altre provincie. A chi ben guardi ed indaghi, non sarà difficile trovare che in quelle regioni, anche nelle classi più povere, appare più evoluta la coscienza individuale e collettiva; la conoscenza del diritto alla vita va gradatamente radicandosi in tutti e non facilmente subiscono laggiù passivamente e con rassegnazione evangelica il dovere di lavorare e morire.

(1) *Sergi* — Degenerazione del Carattere. Fratelli Dumolard, editori 1889.

Appare p. es. più definito e stabile il concetto del valore sociale di ciascun individuo, si delinea più netta la tendenza all'educazione con parole ed esempii, sembra più vivo il desiderio in ciascuno di completare la propria educazione per proprio conto; fra le masse lavoratrici, e sono immense, non vi è più la soggezione incondizionata al padrone, mentre si affina ogni dì più la cognizione dell'utilità individuale e collettiva, volta ad un fine preciso e netto.

Il senso di socialità più sviluppato in questa regione, è dimostrato anche dal fatto dell'invio in Manicomio di ammalati, nei quali è più sottile l'alterazione del pensiero, e la pazzia non ha quelle manifestazioni grossolane ed imponenti, che la rendono percepibile anche ad occhio profano. Gli è che la società a misura che s'avanza nella civiltà può rassomigliare ad una macchina, il cui meccanismo divenga ogni dì più complicato e delicato; nel quale il minimo difetto di un congegno (individuo) è risentito subito ed è subito avvertito dagli altri elementi, e la cui azione è ritardata od arrestata fino a quando non sarà avvenuta la eliminazione o la sostituzione dell'elemento estraneo o divenuto inservibile.

Tutto ciò evidentemente contribuisce alla formazione del carattere, alla formazione cioè della personalità psicosociale dell'individuo, dove ha gran parte lo sviluppo dei sentimenti, i quali *tendono alla fusione delle coscienze umane nell'aspirazione verso il piacere e nella lotta contro il dolore* (1).

Sentimenti ed idee, dunque, sviluppano assieme e per gradi nella fatale ascesa della civiltà, sicchè il primitivo egoismo individuale si allarga e si trasforma in sentimenti ego-altruistici, nei quali si fondono le emozioni per gli altri esseri; viene a corroborarsi così il carattere ed a rendersi più resistente nei rapporti interumani.

Se non che nella malattia mentale, com'è noto, si perde prima quello che fu l'acquisto più recente della personalità, mettendo sotto l'occhio dell'osservatore, con le manifestazioni sintomatologiche della malattia stessa, il temperamento dell'individuo.

Il vantato temperamento allegro dei meridionali, descritti, da chi non li conosce od il più delle volte in mala fede, come chiassoni, pronti agl'impulsi emotivi, amanti del divertimento, e spensierati, in verità è più apparente che reale; nella gran maggioranza, invece, un'apparenza di allegria, di vivacità, di esuberanza di vita, nasconde dolori tormentosi e facili depressioni ai più lievi ostacoli.

---

(1) *Bianchi* — Trattato di Psichiatria.

Già il BIANCHI (1) avea rilevato quanto sia inesatto il giudizio del LELOYER, il quale asseriva essere frequente la mania nelle popolazioni meridionali d' Italia, e per suo conto dimostrava con cifre, quanto invece le forme depressive, negli uomini e nelle donne, siano di gran lunga più numerose che quelle maniache.

Ciò è perfettamente esatto. Se non temessi di abusar troppo del buon lettore, mi sarebbe facile dimostrare con dati statistici, quanto sian veri i risultati, sui quali si fonda l'affermazione del Prof. BIANCHI, la quale, per altro, basavasi su dati di fatto positivi; e del resto l'elenco delle forme di malattie mentali, trascritto precedentemente, dimostra come le manifestazioni depressive prevalgono in modo assoluto anche nella provincia di Bari; dimostrano, cioè, come il tono affettivo fondamentale del carattere negli Italiani del sud, tenda piuttosto al dolore, allo sconforto, alla facile concentrazione della mente su fatti dolorosi.

E rivela altresì, per quanto riguarda quella provincia, che mentre gl' individui meno evoluti, al dolore reagiscono, in quanto che, antropomorfizzando, imprecano contro qualcuno, dal quale credonsi perseguitati (Paralipemanie del RONCORONI) ovvero sul fondo melanconico si stabiliscono altre forme di delirii, a contenuto diverso nei quali il dolore si attenua, come per lo più avviene in organismi psichici punto elevati dalla cultura (DEL GRECO); nei più evoluti invece la malattia li ripiega su sè stessi, essi diventano egocentrici, si sentono ammiseriti, si mostrano cupi, hanno spiccate tendenze al suicidio, nel quale tentano di spegnere l'ultima attività psichica, sebbene patologica, della loro personalità ammiserita.

Gli è che con la malattia cade, come si è detto, quello, che è stato l'acquisto più recente della personalità, nel vanire dei sentimenti altruistici, l'ammalato diventa insensibile ai dolori degli altri, e vorrebbe tutti associare nel suo dolore; tuttavia in questo ripiegare della personalità su sè stessa s' intravede tutto il cammino evolutivo dell' individuo, il quale non reagisce con una scarica violenta e distruttrice (raptus) ma nell'angoscia dolorosa, nella quale si paralizzano o si annullano affetti, pensieri, sentimenti, si stabilisce la lenta riduzione della personalità psico-sociale.

(1) *Bianchi* — (Op. cit.) pag. 663.

Quanto si è scritto più sopra ha, secondo me, una chiara conferma, nei risultati statistici che offrono le altre provincie consorziate, specialmente quelle di Avellino, Campobasso e Cosenza; di esse la prima ha 22 ricoverati immigrati sui 158 venuti nel triennio 1905-907, la seconda 20 su 119, la terza 17 su 98. Il maggior numero di ammalati affetti da *Paralisi progressiva*, è dato come si è visto, dalle provincie di Avellino e Campobasso, le quali fanno altresì osservare forme più gravi di malattie mentali, facilmente distinguibili per la loro origine degenerativa e pel loro decorso.

La diffusione di psicosi tossiche e paralitiche fra gli emigrati di queste provincie dimostra non solo la scarsa sobrietà degli abitanti, se immessi in condizioni di vita più elevate (effetto del resto di scarsa preparazione a stimoli ambientali più forti) ma nel rapido volgere di queste psicosi a stati demenziali terminali, inguaribili, vi è la dimostrazione della invalidità e della facile esauribilità del cervello, stabilita già dalle condizioni nocive di vita, dalla miseria cronica accumulantisi nell'individuo sia per ereditarietà, sia anche per straficazioni successive, e che hanno impresso negli ammalati notevoli stigmate di povertà mentale e fisica.

Invalidità cerebrale, o facile esaurimento del cervello, non è già degenerazione, sebbene apparentemente indichino condizioni fondamentali dell'organismo non molto dissimili; certo indicano, sebbene in grado diverso, il concetto di una più facile vulnerabilità dell'organo cerebrale, acquisita od originaria, la quale offre alle influenze patogene un più largo campo d'azione. Fattori storici, fisici, sociali, condizioni di scarso e cattivo nutrimento, la miseria, le intossicazioni, le insalubrità fisiche e morali, le abitudini di vita, sono tutti elementi, che, per vie diverse, vanno ad influenzare l'attività psichica e le peculiari manifestazioni di essa.

È evidente così che se noi, come afferma il Brugia illustrando il concetto di Morel, solo in minima parte siamo l'opera di noi stessi, ne risulta che gli adattamenti proficui e durevoli a nuove e più elevate condizioni di vita sociale, rappresentano la fortunata condizione dei più forti; i quali non sono resi tali solamente da favorevoli condizioni ereditarie, ma più dal sussidio di favorevoli condizioni di educazione fisica e morale, concause queste che le prime integrano e completano.

Gli ammalati delle tre provincie di cui è parola, dànno un chiaro esempio del fatto suddetto; in essi se il fattore ereditario appare ra-

re volte positivo, per quanto le indagini in tal senso siano irte di difficoltà, tuttavia sono evidenti le cause preparate dall'ambiente, che induce nell'individuo la invalidità dell'organismo cerebrale, ottimo terreno al determinismo morboso, manifestantesi con la pazzia, che assume in molti di essi carattere degenerativo.

Nello studio delle varie forme di malattie mentali, non va trascurata l'indagine sulla costituzione normale della mente dell'individuo sottoposto al nostro esame, e poichè i fenomeni mentali sono fatti biologici non solo (WUNDT) ma per il contenuto diverso in ciascun individuo e più pel fatto che hanno attinenza con rapporti che fra individui vengono a stabilirsi, sono anche fatti sociali; nel campo della Patologia lo studioso di questi fatti, non può disinteressarsi di quelle attività elementari, che si sintetizzano nella funzione psico-sociale dell'individuo, nè della evoluzione delle diverse fasi di questa in rapporto a tutti i fattori che poterono determinarne le alterazioni.

In altri termini il medico, nello studio delle anomalie della personalità non ricerca solamente quel tanto che la mente ammalata esteriorizza, ma questo coordina al contenuto della stessa personalità sana, per ricostruire un tutt'uno nella interpetrazione dei difficili problemi della Psichiatria. Come si vede, vi è anche qui l'accenno sicuro della ferrea legge del determinismo economico in rapporto agli acquisiti e sempre più elevantisi elementi intellettuali che formano la personalità individua, nella quale si riflettono le condizioni degli strati sociali, nei quali l'individuo ha vissuto.

E queste condizioni d'inferiorità bio-sociale sono più visibili negli ammalati delle tre provincie, di cui ora mi occupo; essi sono più logori dal grave eccesso di lavoro o per la diuturna azione di veleni; e come caratteristica personale vi è la mancanza di un'auto-educazione psichica e morale. Hanno più spiccata l'impronta di una facile eccitabilità emotiva, che si estrinseca anche con la facile eccitazione sessuale, nella quale si esauriscono per frequenti abusi e deviazioni. Tenendo presente il loro contenuto mentale, il quale normalmeute conserva ancora il carattere ed il suggello della razza lontana ed originaria, già abbozzato nelle pagine precedenti, noi possiamo spiegarci le grossolane manifestazioni patologiche della loro personalità, ed il corteggio di sintomi così appariscenti e gravi; come pure nella inferiorità biologica in essi indotta, dalle cattive condizioni di vita culminanti in questi ammalati dalle precedenti generazioni, vi è il sostrato più adatto alla rapida degenerazione delle malattie stesse. Dal

nessuno esercizio dei poteri logici e di critica nasce la disposizione che essi hanno ai delirî; ed alla facile appercezione ostile dell'ambiente è dovuto la piega, spesso inevitabile, a delirare in senso persecutorio; dalla loro costituzione psico - mentale nascono i facili impulsi e gli aggravamenti improvvisi, la fuga rapida delle idee, il grave disordine degli atti, diffuso e violento. Tale sindrome di fenomeni si esaurisce talvolta in breve tempo, oppure mentisce e nasconde un processo morboso assai grave (paralisi progressiva) ovvero dà luogo più tardi ad una successione morbosa, nella quale l' infermo diviene piuttosto lucido, mostra un contegno più tranquillo, ma rivela la disgregazione psicologica che avvisa della piega degenerativa assunta dalla malattia.

Notevoli, altresì, e quasi immancabili gl' intercorrenti disturbi sensoriali, che accompagnano i delirii, i quali hanno quasi sempre un contenuto d' ira o di paura, come dello stesso contenuto son forniti i disturbi sensoriali, e da ciò la pronta reazione ai creduti avversarii ed in alcuni la rapida eliminazione del supposto nemico; (i due criminali, affetto l'uno da delirio persecutorio, l'altro da delirio di gelosia sono della Provincia di Campobasso e di Avellino). Si nota pure la tendenza alla sistematizzazione dell' idea delirante, sicchè l' individuo fa notare minore vivacità emotiva, più rare le crisi d' intensa agitazione e più tardi il lento sbiadire dell' idea delirante stessa, in mezzo al lento decadimento dei poteri mentali *in toto* ; sopratutto un adattamento completo alle condizioni di vita del manicomio, e indifferenza agli stimoli esterni.

In queste tre provincie, a causa delle condizioni etniche, per la scarsa viabilità e per un complesso di circostanze, che meglio indagheremo in seguito, appare più grave il fenomeno del pauperismo psico - fisico; più grave risulta la miseria fisiologica dell' organismo e della mentalità, stabilita dall'ambiente economico, riflettentesi nella evoluzione sociale di ciascun individuo.

E la povertà economica manifestantesi a mezzo della insufficiente alimentazione, delle condizioni anti - igieniche di vita e delle fatiche eccessive a cui gli uomini sono costretti, dà il terreno più favorevole agli arresti ed alle deviazioni di sviluppo dell'organismo mentale.

Nè va trascurato lo studio dei risultati offerti dalla Provincia di Salerno; questa ha 11 ammalati, ed é la quarta tra le sei Provincie per numero di ricoverati, ritornati dall'America: offre note più chia-

re al nostro studio, in quanto che nello sviluppo evolutivo può dirsi composta di due parti ben distinte, più evoluta l'una, meno evoluta l'altra. Vi è una parte della Provincia di Salerno, nella quale è più sviluppata l'organizzazione industriale, più vive sono le lotte per nuove conquiste economiche, più facile e sviluppato è il traffico, più attivo il commercio e gli scambî; in questa parte della provincia vi è altresì migliore sviluppo anche dell'agricoltura, ma i fittavolī non emigrano facilmente, sia perchè il reddito terriero è più che sufficiente ai loro bisogni, sia perchè i migliorati mezzi di traffico facilitano l'esportazione dei loro prodotti, e perchè elevano il prezzo di quelli non esportati; in entrambo i casi ricavano un maggior utile dal loro lavoro. A ciò si aggiunge anche il fatto che i piccoli centri urbani sono più vicini e, forniti di più facili mezzi di trasporto, sono più accessibili, cosicchè non restano del tutto isolati nella campagna, ma pigliano parte un pò alla vita cittadina.

Lo che implica il concetto, che se anche in queste contrade del salernitano fosse egualmente diffusa la emigrazione, e non sembra che sia, vi è tuttavia una più valida preparazione alla vita di un ambiente elevato, nè gli abitanti di queste contrade risentono le conseguenze di quella miseria bruta e dell' isolamento che rattrista invece gli abitantī dell'altra parte del salernitano. Qui, invece, si trovano più di frequente note di arretrato sviluppo sociale; il traffico è ancora scarso e lento, la popolazione, dedita all'agricoltura, resta come isolata dalla parte più industrializzata della Provincia, la convivenza sociale ha note di primitività più gravi, il lavoro non è organizzato, e più grave è la piaga dell'analfabetismo; perciò minore preparazione da parte degli emigranti, dei quali il maggior contigente è dato probabilmente dalle contrade meno evolute.

Tra i primi il tenore di vita è molto più elevato, cosicchè s' interessano con un certo amore ai nuovi miglioramenti nei mezzi di coltivazione, nè sottostanno lungo tempo a lavori faticosi, e reintegrano assai largamente la dispersione di forze; hanno casa in campagna in discrete condizioni, ben provviste, e perciò i segni della miseria fisiologica non sono così frequenti tra i nostri contadini, i quali risultano forniti di maggior resistenza organica oltre che psichica. Ciò vien confermato anche dal fatto che gli ammalati di mente immigrati della provincia di Salerno, appartengono tutti, pel luogo d'origine, alle regioni meno evolute del Salernitano.

Cosicchè il parallelo tra ciascuna provincia, stabilito sulla distri-

buzione geografica delle malattie mentali, ha nella provincia di Salerno la sua più solenne conferma, pel fatto che in una stessa provincia, dove le condizioni di convivenza sociale sono in una fase di differente sviluppo, la emigrazione è più diffusa con molta probabilità nelle contrade meno evolute, gli ammalati di mente immigrati appartengouo a queste regioni, in ultimo poi è da notarsi che le manifestazioni patologiche mentali hanno tutti i caratteri ed il decorso degenerativo, come si è visto per le tre provincie precedenti e cioè Avellino, Campobasso, Cosenza.

La provincia di Foggia dà il minor numero di ammalati di mente immigrati; ed è notevole il fatto che, tranne due casi di Paralisi progressiva, le manifestazioni patologiche che si osservano in questi ammalati non hanno decorso lungo, e sopratutto non volgono a forme terminali inguaribili. Hanno però questi ammalati, manifestazioni d' intensa agitazione psico-motoria, con persistenti disturbi sensoriali, ed alcuni presentano spiccata orientazione delirante in senso persecutorio, la quale però si attenua fino a scomparire col cessare della saturazione alcoolica; questi furono dimessi guariti. Si può dire, a tal proposito che la provincia di Foggia trovisi ora in un periodo di transizione; converga cioè verso una fase più evoluta di convivenza sociale in quanto che se da una parte dà un minor numero d' immigrati ammalati di mente, lo che depone, come si è detto, per una maggior resistenza psichica, rivelano però questi ammalati quello che era il fondo primo della loro personalità, facilmente impulsiva, soggetta tuttora alla facile appercezione ostile dell'ambiente, non liberata del tutto dalle scorie di una concezione primitiva della vita, dacchè poi il rivivere del fondo limaccioso del loro carattere col comparire di una malattia mentale. Sembra per questo che il carattere psico-sociale di ciascuno e della collettività sia in via di formazione, o meglio di trasformazione e di consolidamento verso forme più avanzate di convivenza sociale, che diventeranno più stabili, col sicuro acquisto di più elevate norme di vita e con lo stabilirsi di una nuova coscienza collettiva, che ora appare in via di formazione.

∴

Il Manicomio, che è poi un largo osservatorio, non è solamente un campo d' indagini cliniche, che finiscono nella sintesi diagnostica; ben poca cosa varrebbe lo studio dell'ammalato di mente, se da que-

sto studio nessun insegnamento o nessun vantaggio profilattico ne derivasse alla collettività. Dalla quale se si elimina un elemento, o più elementi, ciò non avviene per misura di garenzia sociale solamente, ma anche perchè si possa avvisare a quei mezzi di miglioramento individuale e collettivo, che con l' individuo elevano la società.

Perciò quanto fin qui ho scritto, per ricercare i rapporti tra le condizioni di vita e le malattie mentali, non è affermazione solamente, ma può essere dimostrato altresì con l'ausilio di altri fatti che questo rapporto confermano, sicchè, per altre vie, noi possiamo accertarci che questi rapporti esistono e sono costanti. Io avevo già scritto che per quante ricerche avessi fatte non mi era riuscito di sapere quali delle 6 provincie consorziate avesse maggior numero di emigrati; ma qualche indizio posso trarre ora dall'Atlante demografico del Raseri, (1) che non manca di indicazioni attendibili; da queste risulterebbe che il maggior contingente di emigrati per i paesi transoceanici, fra le nostre provincie consorziate, vien dato da Avellino e Campobasso, seguite immediatamente dalla Provincia di Salerno, poi da Cosenza, quindi da Foggia e Bari. Per il numero degli ammalati di mente immigrati, l'ordine varia di poco, perchè pur restando prime le provincie di Avellino e Campobasso, queste sono invece seguite da Cosenza, poi Salerno, poi Bari, in ultimo Foggia, cosicchè ne risulterebbe:

Emigrazione all'estero	*Ammalati immigrati*
1° Avellino — Campobasso	1° Avellino — Campobasso
2° Salerno	2° Cosenza
3° Cosenza	3° Salerno
4° Foggia	4° Bari
5° Bari	5° Foggia

Qui occorrono alcune considerazioni, che potranno chiarire i concetti espressi nelle pagine precedenti; bisogna innanzi tutto notare che se è vero che Salerno, dopo Avellino e Campobasso, dà un maggior numero di immigranti, gli ammalati di mente immigrati, si appartengono invece ad una parte solamente della provincia, a quella cioè che fu dimostrata meno evoluta, mentre dalla mancanza completa, o qua-

(1) Me lo fornisce con molta cortesia, della quale lo ringrazio, l'amico Dott. Fronda.

si, di immigrati ricoverati in Manicomio, appartenenti all'altra zona, si può dedurre con fondamento che questi oppongono una maggior resistenza, in causa di una precedente preparazione subìta per più evolute condizioni di vita. Secondo me la provincia di Salerno offre l'esempio più tipico, della influenza che esercitano sulle condizioni biologiche individuali, i mezzi di vita che l'ambiente economico offre; in quanto che, se è vero che attraverso il fenomeno migratorio si riesce a vagliare la resistenza bio-psichica di ciascun individuo, è vero altresì che attraverso lo studio delle manifestazioni patologiche della mente, si riesce a raccogliere criterii ed indizii del grado di evoluzione individuale, e dello strato sociale in cui l'individuo ha vissuto, e del grado di civiltà dei luoghi d'origine; tutte cose che si riflettono nell'ammalato di mente e da esso si proiettano con la malattia mentale che toglie la recente vernice, che la civiltà riuscì a dare all' individuo. E che una parte della Provincia di Salerno aspetti ancora di essere redenta ed affrancata dalla fase di arretrato sviluppo, lo dimostra non solo il fatto che gli ammalati di mente immigrati, appartengono tutti, o quasi, a queste regioni arretrate, ma lo dimostrano ancora altri indizii, come appresso vedremo.

Se non che questi fatti mentre apparentemente sembrano infirmati dalle provincie di Bari e Foggia, realmente poi risultano confermati, dai dati che quelle due provincie offrono; perchè Bari ha un solo ammalato in più su Foggia, ma attraverso il contenuto mentale dei suoi ammalati s' intravede quanto sia più innanzi nella evoluzione sociale, e come pur fra le lotte per conquiste economiche più elevate, vi sia una inconscia preparazione a forme di convivenza più alta, e si vada elevando anche la media dell' intellettualità degli strati sociali più bassi. Ciò per altro è dimostrato costantemente dagli ammalati di mente delle 6 provincie, i quali non furono mai in America, e che dai loro paesi vennero direttamente nel Manicomio internati.

Appare oramai inoppugnabile il fatto che il maggior numero di frenastenici, arrivano qui dalle provincie di Campobasso e Avellino, e poi Cosenza, Salerno (circondario di Vallo) e con assai minor frequenza da Foggiae Bari. Non posso anticipare notizie più precise su ciò riserbandole per un prossimo mio lavoro (1), ma posso intanto affermare che nelle due prime provincie si vada da qualche anno facen-

(1) Le provincie consorziate nella loro evoluzione sociale.

do come un lavoro di eliminazione del materiale più grossolano, più evidente, di malati di mente che rompono od alterano i vincoli sociali clamorosamente, con profonde alterazioni del meccanismo ideativo, nelle quali rivelano tutta la povertà del pensiero individuale e collettivo; mentre più facilmente si osservano nelle provincie di Foggia e Bari alterazioni del pensiero più fini, delirî p. es., il cui contenuto è in rapporto con le conquiste più recenti delle industrie, o psicosi depressive ecc.; forme psicopatiche in genere, attraverso le quali si osserva un contenuto mentale più elevato da parte di questi ammalati in rapporto agli altri.

E ancora il contenuto delirante è in via di trasformazione, rispetto a quello che mostrano gli altri ammalati delle altre provincie; in quelle di Avellino e Campobasso assai frequente, meno in quella di Salerno, si notano anche oggi delirii avitici che formavano il contenuto mentale del popolo trenta o quaranta anni fa; parlano ancora di *fattura*, di sortilegi dai quali son presi e ne descrivono le modalità più strane, subiscono con grande indifferenza le conseguenze di un malanno che essi non sanno che cosa sia, ma che per vie occulte o soprannaturali s' impossessa di loro. Queste manifestazioni deliranti si riscontrono assai scarsamente nelle provincie di Foggia e Bari; qui invece il contenuto delirante è fatto di elementi che sembrano in maggior rapporto con uno sviluppo intellettuale materiato di cognizioni più moderne e più consone quindi ad una convivenza evoluta; il contenuto dei delirii in questi ammalati, è fatto di politica che li accende e li rende ribelli, oppure non mancano i nuovi acquisti della meccanica, della chimica, della fisica, tutti percepiti nuovi che si proiettano poi con la malattia mentale e si disperdono con questa, ma per i quali si constata la differenza nella evoluzione intellettuale, di fronte agli ammalati delle altre provincie.

E che sia così, lo dimostrano, dicevo più su, altri fatti. P. es. nei reati d'omicidio, Campobasso, Avellino, Cosenza si trovano in prima linea, mentre un minor numero ne ha Salerno, ed in ultimo Bari; Foggia invece le avanza tutte, lo che significa che vi è tuttora in quella Provincia, maggior tendenza all' impulsività, come del resto si era già fatto rilevare a proposito degli ammalati di mente provenienti da quella Provincia (1).

(1) Rilevo queste notizie dall'Atlante demografico del Raseri.

L'alcoolismo cronico è più diffuso nelle provincie di Campobasso e Cosenza, un pò meno nelle provincie di Salerno ed Avellino, pochissimo diffuso invece si osserva in quelle di Foggia e Bari; disposizioni di garenzie per la incolumità dei cittadini sono più numerose là dove il senso di rispetto alla vita è più inteso; p. es. i morti per rabbia hanno una percentuale altissima nella provincia di Cosenza, sono frequentissimi in quella di Campobasso, meno frequenti nelle provincie di Avellino, Salerno, Foggia, mentre scarseggiano o mancano del tutto nella Provincia di Bari, risultando così questa Provincia alla pari con Perugia, Firenze, Pesaro, Modena, Mantova, Verona. E ancora. La proprietà è più accentrata nella provincia di Campobasso, un pò meno in quella di Avellino, diminuisce ancora l'accentramento nelle provincie di Salerno e Cosenza, mentre nelle provincie di Foggia e Bari la proprietà appare più spezzettata, ed i proprietarî di beni immobili sono in maggior numero.

La tendenza ad *inurbarsi* da parte delle popolazioni rurali e di quelle dei piccoli centri, è più spiccata nelle provincie di Campobasso, Avellino, Cosenza, meno in quella di Salerno, più fiacca ancora nelle proviucie di Foggia e Bari; lo che vuol dire che mentre nelle tre prime provincie l'accentramento della proprietà consente a pochi una vita più evoluta nei grandi centri urbani, e perciò il facile esercizio di professioni libere in ambienti più larghi, nei quali pigliano stabile dimora e riescono a svolgere la loro attività, non s' interessano poi, queste classi agiate, delle condizioni di vita fatte ai meno abbienti, i quali per necessità di cose restano nella più crassa ignoranza, e subiscono più tardi i miglioramenti che nelle altre provincie sono già vecchi. D'altra parte, in quest'altre provincie, sia per il maggior frazionamento della proprietà, sia perchè la vita intelletuale è più vissuta, e ciascuno piglia parte più attiva alle lotte economiche, sia perchè le classi abbienti e dirigenti non si allontanano dai paesi d'origine se non per compiere la loro educazione intellettuale, sia perchè il problema economico le assilla più da vicino e da ciò la necessità di svolgere maggiormente la loro attività intellettuale e di avere maggior contatto con le classi lavoratrici, ne risulta che la migrazione interna qui é meno accentuata, anche pel fatto che l' attività sociale di ciascuno è più remunerativa, lo che non avviene in quelle regioni dove la scarsa evoluzione collettiva, determina l'esodo dei più ricchi, i quali svolgono la loro attività in centri più vasti.

Nè basta. La mendicità e la disoccupazione, sebbene trovino nella

emigrazione la via più sicura d' uscita, non scarseggiano nelle provincie consorziate, e in diversa misura; ciò è causato sia dall' accentramento della proprietà terriera in poche mani, sia dal fatto che le istituzioni di beneficenza, non rispondono in qualche provincia allo scopo. È vero che le nazioni più ricche danno il maggior numero di disoccupati e di mendicanti, e lo stesso avviene per le provincie, ma è certo che le spese di beneficenza, delle opere pie ripartite per abitanti dànno la seguente gradazione: (1) Puglie 1,21, Molise 0,55, Calabrie 0,45: donde la meschinità della spesa per ciascun individuo, in confronto di quella del Nord che è più elevata.

A Napoli, e in un periodo di 5 anni, sopra 16799 arrestati per mendicità: ben 626 erano provenienti dalle Puglie, 437 dalla Provincia di Avellino, 266 dal Molise, 230 dal Salernitano; lo che vuol dire che mentre Salerno e Campobasso sperdono nella emigrazione buona parte dei disoccupati, Avellino, che pure ha un numero notevole di emigrati, non ha poi istituti di beneficenza così bene organizzati, da attenuare almeno il grave sconcio, mentre il maggior numero offerto dalle Puglie è dovuto non solo al fatto che in qnesto computo vengono considerate regioni più estese (Bari, Foggia, Lecce, ecc.) ma più perchè, le Puglie non hanno nella emigrazione transoceanica quella enorme valvola di sicurezza, che è aperta invece alle altre provincie.

Come si vede, sono una quantità di fattori, storici, economici, sociali, che ciascuno per via diversa, dànno un criterio approssimativo della evoluzione sociale di un popolo, in quanto che tutti questi fattori innestandosi ed influenzandosi a vicenda, avvalorano le considerazioni fatte in precedenza, a proposito degli ammalati di mente di ciascuna provincia.

Le quali dimostrano, attraverso le nostre indagini, che se non tutte si trovano nelle identiche condizioni di sviluppo sociale, fanno però intravedere quanto attivo sia il lavorìo di miglioramento e di selezione, che vengono affrettati dal movimento migratorio, il quale eleva non solo economicamente ma anche intellettualmente gl' individui, stabilendo in essi come si è visto nuove norme di vita, selezionando rapidamente i più deboli, i caduti, e quegli individui, in genere, che nella convivenza sociale riuscirebbero veri parassiti.

---

(1) CAVAGLIERI — Rimpatrio d' indigenti.

Sopratutto eliminando od attenuando gli effetti della miseria, che sono deplorevoli; cercando cioè di soddisfare, per quanto è possibile, i bisogni materiali, la tirannia dei quali non fa sentire o soffoca del tutto lo stimolo di quelli intellettuali.

La miseria è, innanzi tutto, l' equivalente e la causa prima della *ineducazione*, intesa questa nel senso più largo della parola; essa vuol dire ignoranza del senso sociale, cattivo esempio, maggiore invalidità nervosa, facile piegare alle passioni più basse, ribellione all'euritmia sociale e perciò è sostrato fecondo di fermenti criminosi. La emigrazione col miglioramento economico, elimina od almeno attenua tutto ciò; e riesce altresì fattore di selezione, in quanto che lascia sopravvivere quelli meglio conformati dal punto di vista bio-sociale e che hanno ragione di esistere e probabilità di svilupparsi.

(continua)

Istituto della Clinica delle malattie nervose e mentali
della R. Università di Messina

LE PSICOPATIE

NELLA CITTÀ E PROVINCIA DI MESSINA

Studio Etiologico Clinico ed Antropologico

DEL

PROF. D.r GUGLIELMO MONDIO
**Docente della Clinica delle Malattie nervose e mentali
della R. Università di Messina**

Fra le scienze biologiche, che in questi ultimi anni si sono considerevolmente sviluppate, occupa, senza alcun dubbio, il primo posto la *Patologia mentale*, la quale, alla grande importanza, che ha per sè stessa, aggiunge ancora l'intimo nesso che la collega, non solo alle discipline mediche, ma anche e sopratutto, all'antropologia ed alla sociologia.

Il secolo testè tramontato e quello che corre, mentre sono i più benemeriti del lavoro, del sapere e della civiltà per il progresso notevolissimo che han fatto raggiungere alle più varie e più elevate manifestazioni del pensiero, alle più varie e più meravigliose manifestazioni dell'umana operosità, presentano poi, come dolorose contrapposto, la nota caratteristica, constatata, specialmente in questi ultimi 50 anni, da medici e filosofi di ogni parte, dello incremento, sempre più notevole e preoccupante delle malattie in generale, e, più specialmente, delle mentali.

Ecco perchè lo studio del malato di mente, mercè l'analisi dei fenomeni psichici e sotto la scorta dell'anatomia e della fisiologia, e l'esame attento ed accurato di tutte le cause estrinseche ed intrinseche di siffatti squilibri mentali hanno aperto, recentemente, un esteso campo di osservazioni riflettenti la natura, la genesi, la terapia e la profilassi della pazzia; la quale, tra le molteplici forme di degenerazione, in questi ultimi tempi studiate, rappresenta, senza alcun dubbio, la più grave che abbia mai colpito l'umanità.

Sotto lo stimolo e la pressione della civiltà moderna, che ben si distingue dall'antica per l'alto livello e l'estensione dell'istruzione, per l'attività mentale delle donne, per lo sviluppo e la moltiplicazione delle scienze, e per l'accelerato movimento delle persoue e delle idee, mercè la ferrovia, il telegrafo e la stampa periodica, i metodi e gli eccitamenti del lavoro intellettuale, si sono siffattamente accentuati e moltiplicati al di sopra dello sviluppo cerebrale della media degli individui, che i disordini funzionali del sistema nervoso si sono considerevolmente accresciuti, ed il cosidetto *nervosismo* si è stabilito ed affermato come caratteristica generale dell'uomo dei tempi odierni.

Il nervosismo però, non è che deficienza o debolezza di forza nervosa; — non è che il grido dell'organismo che lotta con lo ambiente. L'attività cerebrale che oggi si richiede in grado notevole e spesso in maniera vertiginosa in tutti gli uffici, in tutti gli opifici, in tutte le officine da lavoro, senza adeguate soddisfazioni, senza una vita fisica conveniente, e senza, spesso, il necessario; — i metodi educativi odierni usati nelle scuole, nei collegi, nelle Università, nelle famiglie, così viziati, cosi opprimenti, così esaurienti, tanto dal lato fisiologico quanto da quello psicologico (più che temprare, più che svolgere, esauriscono il sistema nervoso): — la lotta aspra del professionista: — la particolare condizione odierna dello spirito muliebre, audace, intraprendente, tendente alla emancipazione economica ed alla indipendenza intellettuale, così diverso da quello della donna antica, che viveva, invece, tranquilla, serena, felice e rinchiusa nella segreta pace della propria casa; — son tutti fattori di una grande importanza per esaurire sempre più il sistema nervoso. Ed il nervosismo cresce, difatti, in ragione diretta del moltiplicarsi e dell'intrecciarsi dei rapporti sociali; — e, per processo di evoluzione, dal terreno di una sensibilità nervosa anormale sorge la diatesi nervosa, che si continua dapprima nella nevrastenia, nell'isterismo o nelle altre nevrosi, e va molto spesso a finire nella follia.

La frequenza con cui le giovani, inebriate di amore, appena si trovano in presenza di contrasti o di disillusioni, cercano nel veleno la fine della loro angoscia; — i drammi che tutto dì si ripetono, di giovani amanti, che, appena sfiorato il bacio dell'amore, domandano alla rivoltella la fine della loro esistenza; — l'adulterio, in cui, frequentemente, si lascia cadere, a capo fitto, la donna trascinata da quell'eretismo nervoso, che le fa sperare la quiete in un godimento completo; — il gran numero di separazioni coniugali per « incompatibilità

di carattere » che sotto tale apparente causalità nascondono profonde disillusioni ed una continua agitazione nervosa; — non sono altro che manifestazioni varie della tragedia umana, dipendenti dal nervosismo e dalla nevrastenia dolorosa e profonda, che sempre più si estende e si afferma nelle generazioni, dove il suicidio e la follia, che tutto dì si ripetono, non sono che il grido dei vinti nella lotta della vita.

Il medio - evo, scontento di sè, diceva: tutto per il cielo, nulla per la terra! — L'evo moderno proclama invece: tutto per il pensiero, poco per il corpo, poco o nulla per il cuore (MANTEGAZZA).

E così la vita se ne va per la via del cervello e dei nervi (COLELLA).

Lo studio, che noi oggi intraprendiamo, si propone di presentare le forme di malattie mentali, le quali, verificatesi durante un seennio nella città e provincia di Messina, vennero sottoposte alla nostra osservazione o perchè i relativi infermi vennero ricoverati in questo Manicomio, o perchè essi vennero visitati nell'ambulatorio dell'Istituto di clinica per le malattie nervose e mentali di questa R. Università. Imperocchè riteniamo di non poca utilità, nell' indagine dei varî problemi che circondano lo studio della pazzia, la ricerca di quelle forme che più frequentemente si verificano in una data regione.

Siffatto studio è stato, difatti, eseguito da varî psichiatri, per varie regioni (LIMONCELLI (1) per la provincia di Avellino, Bari, Cosenza, Foggia, Salerno ecc. e per quella di Molise (2); — SEPPILLI e LUI (3), per la provincia di Brescia; — GIANNELLI (4) per la provincia di Roma; — PELLEGRINI (5) per la provincia di Catanzaro ecc.), ed è stato sempre ben accolto; dappoichè è, ormai, una verità indiscussa (BIANCHI, DEL GRECO ecc. ecc.) che l'elemento etnico può avere una grande importanza nella genesi di date sindromi psicopatiche. Se è vero, infatti, che la pazzia rappresenta un processo di dissoluzione o di deviazione di tutta la personalità (MORSELLI (6), siccome il piano

(1) *Limoncelli* — Ricerca nella statistica dei folli accolti nel Manicomio di Nocera. Il Manicomio moderno N. 1 1887.
(2) *Limoncelli* — La pazzia nei comuni della provincia di Molise. Il Manicomio moderno. N 1 1888.
(3) *Seppilli* e *Lui* — Studio statistico, clinico, antropologico sulla pazzia della provincia di Brescia. Brescia 1899.
(4) *Giannelli* — Studi sulla pazzia nella provincia di Roma. Roma 1905.
(5) *Pellegrini* — Il Manicomio di Girifalco e la pazzia nella provincia di Catanzaro — Catanzaro 1907.
(6) *Morselli* — Manuale di semiotica — Vol. II. 1895.

secondo cui quest' ultima si svolge ed i peculiari elementi da cui essa, quale individualità distinta, risulta, trovansi continuamente sottoposti all' influenza dell' elemento etnico (il quale percorre davvicino la evoluzione progressiva di ogni individuo, seguendo le leggi istesse che hanno retto il lavorio di genesi e di formazione di tutta la personatità), così per necessità di cose alla stessa influenza devono trovarsi sottoposte le indicate deviazioni: donde il variare della frequenza di date forme psicopatiche più in questa che in quella regione, a seconda dell' elemento biologico (psicofisico) che in essa regione predomina e genera quei dati complessi prodotti dall' attività sociale.

In altri termini, noi troveremo, nello studio delle forme psicopatiche di questa regione siciliana (Messina), delle varietà più o meno frequenti che in altre regioni d' Italia; e ciò in dipendenza dei caratteri psicofisici della regione, che noi andremo ad esaminare, indagando, per quanto ci è possibile le cause della sua deviazione dalla normalità.

Quadro I.

a)

Movimento generale dei pazzi avvenuto nel Manicomio durante il sessennio 1901 - 906.

Anni	Esistenti al 1° gennaio			Ammessi			Usciti		Morti		Totale usciti e morti		Rimasti a 31 dicembre		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Totale
1901	63	71	134	66	47	113	31	17	20	17	51	34	78	84	162
1902	78	84	162	69	27	96	42	28	42	31	84	59	63	52	115
1903	63	52	115	139	87	226	46	19	9	12	55	31	147	108	255
1904	147	108	255	89	55	144	41	19	35	19	76	38	160	125	285
1905	160	125	285	84	48	132	58	32	34	22	92	54	152	119	271
1906	152	119	271	92	51	143	78	24	27	19	105	43	139	127	266
				539	315	854									

b)

Movimento generale degli ammalati di mente avvenuto nell'ambulatorio per le malattie nervose e mentali di questa R. Università durante il sessennio 1901 - 1906.

ANNI	UOMINI	DONNE	TOTALE
1901	12	6	18
1902	18	8	26
1903	24	10	34
1904	26	14	40
1905	30	20	50
1906	38	26	64
	148	84	232

Essendo 134 gli esistenti nel manicomio, al 31 Dicembre 1900 ed essendosi verificato in esso, durante i sei anni (dal 1901 al 1906 854 ammissioni (uomini 539, donne 315), si ha il numero di 988 pazzi, i quali, con i 232 capitati, nello stesso seennio, all' ambulatorio universitario, formano il numero complessivo di 1220, su cui verte il presente nostro studio. Essi possono essere così distribuiti:

		UOMINI	DONNE	TOTALE
Esistenti nel manicomio al 31	Dicembre 1900	63	71	134
Ammessi	nell' anno 1901	66	47	113
»	» 1902	69	27	96
»	» 1903	139	87	(1) 226
»	» 1904	89	55	144
»	» 1905	84	48	132
»	» 1906	92	51	143
Visti nell'ambulatorio Universit. nel sessennio		148	84	232
		750	470	122

Ora siccome i pazzi, soltanto quelli ammessi nel manicomio e visti nell'ambulatorio universitario durante il sessennio, sono nel nu-

(1) Non è a tener conto dell' aumento eccezionale dei folli avvenuto in quest' anno (1903), essendo esso dovuto al fatto che un centinaio di folli appartenenti alla provincia di Messina dal manicomio di Palermo, ove si trovavano ricoverati per antico contratto, vennero per un nuovo contratto, trasferiti nel manicomio di Messina.

mero di 1086, la media annua che essi ci danno è di 181 (Uomini 114.5 — Donne 66.5); e, tenendo conto della popolazione di tutta la provincia di Messina, che è di 550.895 abitanti, si ottiene la proporzione dell'1,97 per mille nel seennio, ovvero di 0,32 per anno.

Vale a dire che risulta una media annua delle più basse per la provincia di Messina, se si paragona questa media con le medie annuali dello stesso periodo di anni, delle altre provincie d'Italia, i cui dati statistici per brevità, tralasciamo di qui riportare.

Dall'altro lato, però, anche a tener conto della media annuale dei soli ammessi nel manicomio durante il seennio 1901 - 1906, che sarebbe di 142,3, noi avremmo, confrontandola con quella dei due sessennii precedenti (1895-900;1889-94) una differenza in più:

SESSENNIO	NUMERO AMMISSIONI	MEDIA ANNUALE
1901 - 906	858	142,3
1895 - 900	434	72,3
1889 - 894	146	24,3

Cioè a dire, la media annua delle ammissioni ha subito un aumento negli ultimi sei anni, come, del resto, si è verificato, in tutti gli anni ed in tutti i manicomii d'Italia e di altre nazioni.

Difatti, per l'Italia, dalle statistiche ufficiali si può desumere che i pazzi rinchiusi nei manicomii italiani da 12210, che erano nel 31 Dicembre del 1874 ammontavano a 22424 nel 31 Dicembre del 1888, a 31758 nel 1898 (SEPPILLI e LUI), (1) a 39636 nel 1902, ed a 45358 nel 1905. (ANTONINI). E per dire, in particolare di alcuni manicomii: Nel periodo del 1874 al 1888, troviamo i pazzi elevarsi, nel manicomio di Milano, da 949 a 1168; in quello di Pavia da 200 a 418; in quello di Torino da 896 a 1018, in quello di Siena da 632 a 1028; in quello di Lucca da 350 a 612; in quello di Roma da 629 a 1074 ecc. ecc. (SEPPILLI e LUI (2). Nel periodo dal 1899 al 1903, nel manicomio di Genova si va da 752 a 937; in quello di Palermo da 2077 a 2348; in quello di Reggio Emilia da 922 a 1036; in quello di Roma da 1660 a 1971; in quello di Milano da 1326 a 1689; in quello di Torino da 1522 a 1789 ecc. ecc. (GIANNELLI) (3) ed, infine, dal 1902 al 1905 nel manicomio di Genova si va da 872 a 1381; in quello di Firenze da 1297 a 2112; in quello di Siena, da 1118 a 1516; in quello di Palermo da 2811 a 3127; in quello di Cagliari da 375 a 439; in quello di Perugia da 660 a 1225 (ANTONINI). E così di seguito per gli anni successivi e per tutto il resto dei manicomii d' Italia.

Premessi questi brevi dati statistici ed assodato come l'aumento dei folli cresce in tutti gli anni nella provincia di Messina come in tutte le altre regioni italiane, per seguitare il nostro studio, fermiamo la nostra attenzione sulla distribuzione topografica dei pazzi in questa provincia siciliana, distinguendo, cioè, i pazzi che appartengono alla città da quelli che appartengono ai singoli comuni di essa.

(1 - 2) SEPPILLI e LUI — loco cit.

(3) GIANNELLI — Studii sulla pazzia nella provincia di Roma — Roma 1905.

QUADRO I.

I 1220 pazzi raccolti insino al 31 Dicembre 1906, e distribuiti per Comuni dai quali provengono

N.° progressivo	COMUNI	Uomini	Donne	Totale	Popolazione	Proporzione 1000 abitanti
1	Alcara li Fusi .	5	1	6	3085	1,94
2	Alì	4	—	4	4022	0,99
3	Antillo. . . .	2	—	2	1654	1,20
4	Barcellona . .	40	30	70	24133	2,90
5	Basicò	—	—	—	1770	—
6	Bauso	—	—	—	1441	—
7	Brolo	—	—	—	1718	—
8	Calvaruso . . .	—	—	—	1318	—
9	Capizzi. . . .	—	—	—	4723	—
10	Caprileone . .	—	—	—	1117	—
11	Caronia . . .	1	2	3	5535	0,54
12	Casalvecchio Siculo	1	—	1	3413	0,29
13	Castell'Umberto .	1	—	1	3071	0,32
14	Castel di Lucio .	—	1	1	2846	0,35
15	Castel Mola . .	1	—	1	1421	0,30
16	Castroreale . .	12	5	17	10196	1,66
17	Cesarò	5	2	7	4941	1,69
18	Condrò	1	—	1	1274	0,78
19	Falcone . . .	3	—	3	2119	1,41
20	Ficarra	—	1	1	3073	0,32
21	Fiumedinisi . .	1	—	1	3866	0,26
22	Floresta . . .	—	—	—	1945	—
23	Forza d'Agrò. .	2	1	3	2606	1,15
24	Francavilla di Sicilia	2	—	2	5435	0,36
25	Frazzanò . . .	—	—	—	1325	—
26	Furnari. . . .	1	—	1	3335	0,79
27	Kaggi	—	—	—	973	—
28	Galati di Tortorici	—	—	—	3112	—
29	Gallodoro Letojanni	—	—	—	2541	—
30	Giardini . . .	6	4	10	3664	2,72
31	Gioiosa Marea .	4	5	9	6230	1,44
32	Graniti. . . .	2	3	5	2519	1,98
33	Gualtieri Sicaminò	1	2	3	3518	0,85
34	Guidomandri . .	1	3	4	1488	2,69
35	Itala.	2	—	2	2308	0,86
36	Librizzi . . .	2	—	2	2859	0,69
37	Limina . . .	—	—	—	2330	—
38	Lipari	10	2	12	15451	0,78
39	Locadi	—	1	1	450	2,22
40	Longi	—	—	—	2072	—
41	Malvagna . . .	—	—	—	1998	—
42	Mandanici . . .	2	1	3	1258	2,39
43	Mazzarra S. Andrea	3	2	5	2066	2,52
44	Meri	2	5	7	1501	4,66
45	Messina . . .	402	300	702	147106	4,77
46	Milazzo . . .	12	8	20	16214	1,23
47	Militello Rosmarino	—	—	—	2240	—
48	Mirto	—	—	—	2090	—
		531	379	910	325780	

N.° progressivo	COMUNI	Uomini	Donne	Totale	Popolazione	Proporzione 1000 abitanti
49	Mistretta . . .	10	4	14	14041	0,99
50	Moio Alcantara .	—	3	3	627	4,78
51	Monforte S. Giorgio	—	—	—	4218	—
52	Mongiuffi Melia	—	2	2	2243	0,89
53	Montalbano d'Elic.	4	4	8	6649	1,20
54	Montagnareale .	1	1	2	2612	0,76
55	Motta Camastra	1	3	4	2488	1,80
56	Motta d'Affermo	2	—	2	2408	0,83
57	Naso	10	3	13	12045	1,07
58	Nizza Sicilia . .	1	1	2	3022	0,65
59	Novara di Sicilia	18	3	—	10024	2,09
60	Oliveri	—	—	—	1474	—
61	Patti	20	5	25	10995	2,37
62	Pettineo . . .	2	—	2	2768	0,72
63	Piraino . . .	2	1	3	4314	0,69
64	Raccuia . . .	1	—	1	3254	0,30
65	Reitano . . .	1	—	1	1396	0,70
66	Roccafiorita . .	—	—	—	463	—
67	Roccalumera. .	6	2	8	5594	1,43
68	Rocca Valdina .	7	2	9	3217	2,79
69	Roccella Valdemone	—	—	—	2183	—
70	Rometta . . .	12	6	18	5042	3,57
71	Sabina. . . .	—	—	—	5004	—
72	S. Angelo di Brolo	10	2	12	6329	1,89
73	S. Filippo del Mela	7	3	10	4160	2,40
74	S. Fratello . .	11	5	16	10214	1,65
75	S. Marco d'Alunzio	—	—	—	3168	—
76	S. Pier Niceto .	7	2	9	5450	1.65
77	S. Piero Patti	1	—	1	5813	0,17
78	S. Salvatore di F.	4	2	6	3211	1,86
79	S. Stefano di Briga	—	—	—	1568	—
80	S. Stefano di C.	4	—	4	6020	0,66
81	S. Teodoro. .	1	—	1	1986	0,50
82	S. Agata di Mil.	11	6	17	7644	2,22
83	S. Domenica Vitt.	—	1	1	2047	0,53
84	S. Lucia del Mela	18	4	22	8910	2,46
85	S. Teresa di Riva	7	2	9	5061	1,77
86	Saponara Villafran.	3	—	3	4476	0,67
87	Savoca	8	2	10	2315	4,31
88	Scaletta Zanclea.	—	—	—	1683	—
89	Sinagra . . .	1	—	1	3963	0,25
90	Spadafora S. Mar.	5	5	10	3962	2,52
91	Taormina . . .	3	4	7	4110	1,70
92	Tortorici . . .	9	4	13	10808	1,20
93	Tripi	4	3	7	3800	1,84
94	Tusa	—	1	1	6354	0,15
95	Ucria	3	1	4	4056	0,98
96	Valdina . . .	—	—	—	834	—
97	Venetico . . .	4	4	8	1490	5,36
		219	91	310	225515	

Esaminando quest'ultimo quadro, scorgiamo, per quanto riguarda i comuni, come di essi solo 71 su 97 inviarono pazzi al manicomio o ne presentarono all' ambulatorio clinico universitario, notando, in pari tempo, che prendendo come punto di partenza la cifra superiore al 2,50 per mille, i comuni che diedero maggior numero di pazzi furono:

		Uomini	Donne	per 1000
Venetico	8	4	4	5,36
Moio Alcantara . . .	3	3	—	4,78
Meri	7	5	2	4,66
Savoca	10	8	2	4,31
Rometta	18	12	6	3,57
Barcellona	70	40	30	2,90
Rocca Valdina	9	7	2	2,79
Giardini	10	6	4	2,72
Guidomandri	4	1	3	2,69
Spadafora S. Martino .	10	5	5	2,52

Più innanzi cercheremo di vedere, se è possibile, quale potrebbe essere la ragione di questa maggior diffusione di pazzia in alcune regioni anzichè in altre.

Per ora andremo ad osservare, piuttosto, quali forme di pazzia si presentano, alla nostra osservazione manicomiale ed universitaria, durante il sessennio 1901 1906.

QUADRO III.

N.° d'ordine	FORME MORBOSE	UOMINI	DONNE	TOTALE
1	Psicosi alcoolica	2	1	3
2	» morfinica	2	—	2
3	Amenza	36	60	96
4	Psicosi per basedowismo	1	2	3
5	Paralisi progressiva	50	8	58
6	Cerebropatie infantili (idiozia acquisità)	55	40	95
7	Psicosi da tumori cerebrali	4	2	6
8	» sifilitica	6	1	7
9	Demenza apoplettica	3	3	6
10	» senile	30	15	45
11	Malinconia	44	24	68
12	Mania	58	37	95
13	Psicosi circolare	22	18	40
14	Frenosi sensoria	18	10	28
15	» isterica	—	35	35
16	» epilettica	103	47	150
17	» neurastenica originaria	18	7	25
18	Demenza precoce — forma ebefrenica	47	30	77
19	» » » catatonica	3	2	5
20	» » » paranoide	25	15	40
21	Pazzia morale	78	20	98
22	Paranoia	32	13	45
23	Imbecillità ereditaria	113	80	193
		750	470	1220

In questo terzo quadro noi scorgiamo chiaramente come nella provincia e nella città di Messina le forme predominanti di malattie mentali sono quelle legate ad un vizio fondamentale di organizzazione; sia questo vizio rappresentato da un arresto di sviluppo, sia esso rappresentato, invece, da una manifesta anomalia della personalità.

Così comprendendo nelle forme di arresto di sviluppo tanto le forme dipendenti da fatti esclusivamente ereditarii, quanto quelle dipendenti da fatti acquisiti, la *imbecillità ereditaria*, cioè, e la *idiozia acquisita*, noi ricaviamo la cifra considerevole di *288* esaminati; — mentre nelle seconde, cioè, nelle deviazioni di sviluppo o anomalie della personalità, comprendendo in esse non solo la *follia morale* e la *paranoia*, ma anche *la demenza precoce*, noi abbiamo la cifra di *265* esaminati.

Viene in terzo ordine, un gruppo anch'esso numeroso, costituito dalle *frenosi isteriche epilettiche*, e *nevrasteniche originarie*, le quali raggiungono la cifra di 210 esaminati.

Ora, basta pensare come il concetto ultimo, a cui son venuti i più autorevoli psichiatri, sia quello di riguardare l'epilessia, l'isteria e la nevrastenia originaria o costituzionale soltanto quali manifestazioni, più o meno precoci, di una difettosa costituzione cerebrale (1) ovvero soltanto quali disposizioni congenite degenerative (TANZI (2), per ritenere che questo terzo gruppo di malattie mentali, non solo non può nettamente distinguersi dai due precedenti con i quali, invece, ha una patogenesi comune, ma ci autorizza anche a riunirlo ai due gruppi precedenti, formando, così, un unico e grande gruppo di malattie mentali degenerative, le quali, appunto, predominano nella città e provincia di Messina, raggiungendo il numero complessivo di 763 folli.

Questa preponderanza delle forme di arresto di sviluppo o, in generale, delle forme degenerative, verificatasi nel sennio 1900-1906 sottoposto alle nostre ricerche, è a notare, che si è sempre verificata nei sennni precedenti per questa stessa città e provincia; come del resto, risulta essersi sempre rilevato dalle statistiche praticate e pubblicate per le altre regioni di Italia (SEPPILLI e LUI (3).

Ed allora, se all'accentuarsi delle malattie mentali, in questi

(1) *Bianchi* — Trattato di psichiatria, pag. 400, Napoli.
(2) *Tanzi* — Trattato delle malattie mentali, pag. 552 — Firenze 1905.
(3) SEPPILLI e LUI — loc. cit. pag. 32.

ultimi tempi, fa riscontro una proporzione maggiore e sempre crescente di forme che in generale, comprendonsi sotto il nome di *degenerative*, giustamente si desume che tale incremento deve essere sopratutto dovuto a siffatti arresti od anomalie di sviluppo, — vale a dire: ad *imbecilli* e ad *idioti*, a *pazzi morali*, a *paranoici* ed a *dementi precoci*: *isterici, epilettici*, ed a *nevrastenici ordinarii*.

E se noi, per di più consideriamo quanti imbecilli ed idioti restano nella città e nella provincia inosservati, quanti isterici, epilettici e nevrastenici restano non curati o curati da medici non specialisti; quanti folli morali, specie nell'alta società, restano incustoditi e tollerati, non possiamo non vedere subito accresciuti considerevolmente questo grande gruppo, or ora rilevato, di 773 folli.

*
* *

I dati antropologici, ricavati in questi ultimi folli, ci mostrano ancor più, l'intimo legame che in loro esiste tra deficienza od anomala evoluzione psichica e manchevole e ritardato sviluppc fisico, Difatti: — La *Circonferenza cranica* : negli imbecilli e negli idioti oscilla, negli uomini: fra i 473 mm. e i 530 mm.; nelle donne: fra i 471 mm. e i 510 mm.

(Fig. 1ª

Idiota — Circonferenza cranica mm. 475),

Nei pazzi morali uomini: fra i 478 e i 555 mm. — nelle donne fra i 475 e i 540 mm.

Nei paranoici uomini: fra i 490 e i 540 mm. — nelle donne fra i 485 e i 545 mm.

Nei dementi precoci uomini: fra i 474 e i 540 mm. — nelle donne: fra i 473 e i 532 mm.

Nelle isteriche: fra i 471 e i 520 mm.

Negli epilettici uomini: fra i 480 e i 550 mm. — nelle donne fra i 475 e i 545 mm.

Nei neurastenici uomini: fra i 485 e i 555 mm. — nelle donne fra i 480 e i 552 mm.

La *statura*: in ambedue i sessi ci ha dato delle variazioni che rimangono, piuttosto, nei limiti fisiologici. Soltanto si deve notare che

le stature basse sono quelle che predominano, specialmente, nelle donne, e, sopratutto, nei frenastenici, ove abbiamo osservato 22 casi di vera microsomia (14 donne e 8 uomini) con statura, cioè, che va dai 118 ai 128 cm.

(Fig. 2ª

Imbecille — Statura m. 1,19),

Con la statura abbiamo considerato la

Grande apertura delle braccia: la quale si è rilevata a noi e eccezionalmente discordante con l'altezza del corpo in soli 78 casi, in individui, cioè, a statura molto bassa; dandoci così a vedere in essa una espressione di una vera disarmonia nello sviluppo somatico.

(Fig. 3ª

Demente precoce — statura m. 1,30 — grande - apertura delle braccia m. 145),

L'indice cefalico: riscontrato nei 763 folli, di cui pel momento ci occupiamo, oscilla fra i 75 e gli 85, predominando, nei frenastenici, dementi precoci ed amorali la *mesaticefalia*: negli epilettici ed isterici la *subdolicocefalia:* e nei paranoici e neurastenici la *subbrachicefalia.*

Per ordine di frequenza fa seguito ai tre precedenti, il gruppo delle psicosi effettive.

Manie. (Uom. 58 - Donne 33 - Tot. 91); *melanconie* (Uom. 50 - Donne 28 - Tot. 78); *psicosi circolari* (Uom. 22 - Donne 18 - Totale 40); le quali raggiungono, nelle nostre ricerche, il numero complessivo di 209.

Se le psichiatria, sino a pochi anni fa, esagerava, senza dubbio, il valore della distinzione clinica tra mania e melancolia, facendone le due più numerose ed importanti divisioni della classificazione nosografica, il tentativo, recentemente fatto dal Kraepelin, in senso diametralmente opposto, col presentare, cioe, la mania e la melanconia, ad un di presso, come la stessa cosa, ovvero come una malattia cronica, costituzionale ed unitaria con due faccie diverse, e col nome di

psicosi maniaco-depressiva, non è sicuramente informata a minore esagerazione.

Più recentemente ancora e giustamente si è venuti invece, da più autorevoli psichiatri (SOUKHANOFF, GANNOUCHKINE, BIANCHI, TANZI, GUCCI ecc.) al concetto di ritenere di gran lunga attenuato quell'antagonismo antico che solevasi frapporre tra mania e melanconia e di ritenere, quindi, stretti i rapporti che legano l'una all'altra, ma non a tal segno da sopprimere addirittura l'autonomia di due psicosi così diverse nelle loro sindromi, e così frequentemente incompatibili da confonderle in una stessa personalità (TANZI) (1).

Abbiamo già detto come queste psicosi affettive costituiscono nel presente studio il 4° gruppo, raggiungendo esse il numero complessivo di 203 ammalati.

⁂

I dati antropologici ricavati, in quest'ultimi 203 folli, ci hanno dato:

— per la *Circonferenza cranica*: un massimo di 570 mm. per gli uomini ed uno di 566 mm. per le donne; un minimo di 504 mm. per gli uomini ed uno di 500 mm. per le donne.

— per la *Statura*: un massimo di 171 cm. per gli uomini e di 168 cm. per le donne; un minimo di 151 per gli uomini e di 148 per le donne.

— per la *Grande apertura delle braccia*: un massimo di 175 cm. per gli uomini e di 170 per le donne; un minimo di 148 cm. per gli uomini e di 144 cm. per le donne.

— per l'*Indice cefalico:* un massimo di 84 per gli uomini e di 82 per le donne; un minimo di 78,8 per gli uomini, e di 76,6 per le donne.

⁂

Alle psicosi affettive segue, per ordine di frequenza un quinto gruppo formato dalle *Amenze*. Le quali raggiungono il numero di 96 ammalati (36 uomini e 60 donne) con predominio del sesso femminile, sia pel fatto che in esse vanno comprese la maggior parte delle forme così dette: *frenosi puerperali* sia pel fatto che l'organismo femminile risente più facilmente l'influenza delle cause esaurienti.

(1) TANZI — loc. cit. p. 456.

.˙.

I dati antropologici raccolti in questo 5° gruppo sono:
— per la *Circonferenza cranica*: un massimo di 565 per gli uomini e di 555 per le donne; un minimo di 540 per gli uomini e di 536 per le donne.
— per la *Statura*; un massimo di 1,72 per gli uomini, e di 1,70 per le donne; un minimo di 1,30 per gli uomini e di 1,36 per le donne.
— per la *Grande apertura delle braccia*: un massimo di 1,75 per gli uomimi, e di 1, 73 per le donne: — un minimo di 1, 69 per gli uomini, e di 1,66 per le donne.
— per l'*Indice cefalico;* un massimo di 85, 02 per gli uomini e di 82,05 per le donne; — un minimo di 78,8 per gli uomini e di 77,39 per le donne.

.˙.

Alle amenze segue, come sesto gruppo quello delle *Paralisi generali progressive*, che si presentano, in questo nostro studio, in numero di 58 casi (50 uom. e 8 donne).

In questi ultimi ammalati, dobbiamo subito e sin da ora aggiungere, si son trovati 54 casi in cui dall'anamnesi individuale risultavano con sicurezza, non solo la infezione sifilitica, contratta come quasi sempre, in età giovanile, ma ancora infinite altre cause, quali i dissesti finanziari, i forti dispiaceri, le grandi sventure, gli eccessi di ogni genere, ripetuti, ecc. ecc. È nei residuali 4 casi, ove non risultava essersi verificata l'infezione in parola, gli affetti da paralisi erano tutti e quattro figli di padri indubitatamente sifilitici.

Queste constatazioni di fatto suscitano nella nostra mente due ordini di considerazioni. Ci fanno pensare, anzitutto al giusto e razionale concetto di quei psichiatri che ritengono, per lo sviluppo di una paralisi progressiva, necessario il concorso di una diatesi individuale nel senso di una predisposizione latente ed intima dell'organismo.

Il fatto, in verità che non tutti i sifilitici diventano paralitici, e per di più, che anche le stesse gomme e gli altri fenomeni terziari possono andare scompagnati da qualunque segno di paralisi, conferma tale concetto.

I nostri 54 casi osservati si riferivano, difatti, nella maggior parte, ad individui intelligenti equilibrati, robusti ed appartenenti a famiglie non neuropatiche. Oltre a ciò, parecchi esercitavano la professione di ingegnere, di avvocato, di professore, ecc. ecc. con successo.

E mentre tutti quanti i 54, come già si è detto erano stati affetti da sifilide, per la maggior parte in età giovanile, tutti quanti ci facevano rilevare, poi, di avere subito delle gravi e varie sofferenze morali e fisiche (emozioni, eccessi sessuali ed alcoolici, traumi, ecc.), che, senza dubbio, avevano dovuto esaurire il loro sistema nervoso.

L'altra considerazione, che ci viene l'opportunitá di fare, si riferisce alla osservazione fatta sui 4 casi residuali. Imperocchè essa può farci ben pensare a paralisi progressiva dovuta a sifilide ereditaria, ed indurci a confermare il concetto del Moëbius, pel quale è da ritenere che in molte anamnesi di paralitici, la sifilide mancata non sia altro che sifilide ignorata (Tanzi).

∴

I dati antropologici rilevati in questo 6° gruppo sono:

— per la *Circonferenza cranica*: un massimo di 580 mm. ed un minimo di 491 mm. per gli uomini: un massimo di 540 mm. ed un minimo di 476 mm. per le donne;

— per la *Statura*: un massimo di 175 cm. ed un minimo di 140 cm. per gli uomini; un massimo di 158 cm. ed un minimo di 136 cm. per le donne.

— per la *Grande apertura delle braccia*: un massimo di 180 cm. ed un minimo di 150 cm. per gli uomini; un massimo di 160 cm. ed un minimo di 142 cm. per le donne.

— per *l'Indice cefalico:* un massimo di 80 ed un minimo di 75 per gli uomini; un massimo di 77,8 ed un minimo di 75 per le donne.

∴

Alla *Demenza senile*, che segue nelle nostre ricerche come 7° gruppo, appartiene un totale di 45 folli (Uom. 30 — Donne 15).

L'aver escluso dal gruppo delle demenze quelle che rispondono al concetto moderno di demenza precoce e quelle che rispondono al concetto antico di demenza consecutiva, fa assottigliare e ridurre

il presente 7° gruppo ai soli casi di soggetti di età molto avanzata, nei quali le manifestazioni della vita psichica sono strettamente legate ad un processo di involuzione organica, per così dire, fisiologica ed i quali riescono di pericolo soltanto per il fatto di non saper provvedere a sè stessi e di non saper dirigersi nelle proprie azioni.

∴

I dati antropologici notati in questo gruppo si riducono:
— per la *Circonferenza cranica:* ad un massimo di 571 mm. ed un minimo di 510 mm., per gli uomini; ad un massimo di 550 mm. ed un minimo di 502 mm. per le donne.
— per la *Statura:* ad un massimo di 187 cm. ed un minimo di 138 cm. per gli uomini; ad un massimo 155 cm. ed un minimo di 136 cm. per le donne.
— per la *Grande apertura delle braccia*: ad un massimo di 190 cm. ed un minimo di 138 cm. per gli uomini — ed un massimo di 160 cm. ed un minimo di 135 cm. per le donne.
— per l'*Indice cefalico:* ad un massimo di 81, ed un minimo di 77,8 per gli uomini: ad un massimo di 77,60 ed un minimo di 75,77 per le donne.

∴

Per ordine di frequenza vediamo ora seguire l'8° gruppo che è quello delle ***Frenosi sensorie.***

A dire il vero, non tutti i psichiatri sono di accordo nello ammettere come entità clinica ben distinta la or detta « *Frenosi sensoria* ».

Sebbene accennata, sin dal 1880, nei lavori del VERGA, e presa, poscia, in attenta considerazione dagli studii del WESTPHAL, del FURSTNER, del MEYNERT, (1881), dello ZIEHEN, del KONRAND, del LUDWIG, del WILLE, del DEL GRECO, del VENTRA, ecc. ecc., e sopratutto dal BIANCHI (1), non pertanto non meno valorosi psichiatri (TANZI, LUGARO, ecc.) ritengono questa frenosi nient'altro che uno stato iniziale della demenza precoce ed in quest'ultima forma la comprendono.

Il fatto però, che, alle volte, i disturbi sensoriali che la frenosi

(1) **BIANCHI — La frenosi sensoria e la paralisi progressiva — Milano, 1897.**

in parola costituiscono, restano come tali per lungo tempo prima di provocare profonde alterazioni mentali, la demenza ecc. ovvero scompaiono senza lasciare alcuna conseguenza, giustifica, massime in quest'ultimo caso, il concetto dei primi, che fa considerare come entità distinta la « *Frenosi sensoria* ».

Di conseguenza, nel presente studio noi abbiamo compreso nel gruppo delle frenosi sensorie quei casi che ci presentarono dei disturbi sensoriali in grado assai rilevante e duraturo, tanto da giustificare una nostra pubblicazione fatta, sul proposito, nel 1903 (1).

∴

I dati antropologici notati in questi 28 folli: (Uomini 18 - Donne 10) sono i seguenti.

— per la *Circonferenza cranica*: un massimo di 565 mm. ed un minimo di 506 mm. per gli uomini: — un massimo di 502 mm. ed un minimo di 495 mm. per le donne;

— per la *Statura*: un massimo di 176 cm. ed un minimo di 148 cm. per gli uomini; — un massimo di 150 cm. ed un minimo di 152 cm. per le donne;

— per la *Grande apertura delle braccia*: un massimo di 176 cm. ed un minimo di 150 cm. per gli uomini; — un massimo di 160 cm. ed un minimo di 150 cm. per le donne;

— per l'*Indice cefalico*: un massimo di 82 ed un minimo di 78,25 per gli uomini; — un massimo di 80, ed un minimo di 76 per le donne.

∴

Seguono, infine, a questi otto gruppi, che abbiamo trovato più o meno numerosi, dei gruppi, invece, assai piccoli, così costituiti:

7 casi di psicosi da sifilide cerebrale
6 » di demenza apoplettica
6 » di psicosi da tumore cerebrale
3 » di » alcoolica
3 » di » da Basedowismo
2 » di » morfinica

---

(1) Mondio — Allucinazioni e Frenosi sensoria. « Rivista sper. di Fren. XXIX, f. I, II, 1903. »

intorno ai quali noi ci fermiamo un momento per faro qualche considerazione soltanto sui casi di psicosi dovuti a basedovismo.

Questi riguardano due donne, ricoverate nel manicomio, ed un uomo che frequenta l'ambulatorio per le malattie nervose e mentali della R. Università.

Le due prime presentano spiccato il *gozzo* e la *tachicardia*: il terzo, spiccato, invece, l'esoftalmo e la tachicardia; tutti tre poi il tremore a fine e rapide oscillazioni.

L'ipotesi patogenica più attentibile, che oggi si fa strada, è quella di un eccesso nella funzione tiroidea. E ciò tanto ritenendo che l'ipertiroidismo possa sussistere senza che la tiroide assuma necessariamente lo aspetto del gozzo, e che il morbo di Basedow dipenda ancora da lesioni del sistema nervoso centrale o simpatico, quanto ammettendo, in pari tempo, che quest'ultime lesioni sieno causa, a lorvolta, dell'alterata funzione tiroidea e precisamente dello ipertiroidismo.

L'opposizione diametrale dei sintomi principali del morbo di Basedow con quelli del mixedema acquisito; - il fatto che in alcuni casi al quadro del morbo di Basedow segue appunto quello del mixedema, e che al tempo stesso si ha l'atrofia della tiroide; ed il fatto che la somministrazione di tiroide ad individui sani provocà dei sintomi basedowici; sono tutti argomenti che avvalorano l'ipotesi dell'ipertiroidismo nel morbo di Basedow. Difatti, i tentativi di terapia razionale, a quest'ipotesi ispirati, hanno dato un ottimo risultato.

È a notare, però, come in tale meccanismo patogenico ancora permane un punto poco chiaro; quello, cioè, che riguarda la parte rispettiva che prendono la tiroide e le paratiroidi nella genesi della malattia.

Le future ricerche anatomo-patalogiche e la pia analitiche ricerche sperimentali delucideranno, forse, meglio questo punto oscuro.

Per ora noi ricordiamo sul proposito il concetto di Walter Edmunds, abbracciato poi dal Tanzi, dal Lugaro e da altri, secondo il quale ritiensi che nel morbo di Basedow, le paratiroidi sono lese ed insufficienti, e che nella loro insufficienza funzionale stà appunto, il movente primo della malattia; — mentre l'ipertrofia della tiroide sarebbe soltanto un fatto secondario. . . . .

A dire il vero, se noi tenessimo conto delle forme fruste ed incomplete, i basedowici sarebbero assai numerosi; poichè frequentemente ne incontriamo, massime nelle campagne, e sopratutto, in talune campagne. Invece noi abbiamo fermata la nostra attenzione soltanto sui tre sopracennati (due donne del manicomio ed un uomo dell'am-

bulatorio universitario) basedowici, perchè questi ci presentarono, massime le due donne, spiccate forme psicopatiche. Basta accennare che l'una era in preda ad eccitamento maniaco e l'altra a depressione malinconica ansiosa.

Aggiungiamo in ultimo a questo proposito che, per quanto riguarda il terzo di questi basedowici esso venne sottoposto alla cura del siero di montone stiroidata, preparato secondo Möebius; ma, non essendosi ottenuti risultati soddisfacenti venne poi sottoposto al latte di capra stiroidato, giusta il concetto degli ultimi risultati ottenuti dal Lang. E nel momento in cui scriviamo, il paziente afferma di sentirsi assai meglio. Il polso, difatti, oggi, dopo due mesi della predetta cura, da 120 è sceso a 93 battiti, sebbene persista ancora invariato l'esoftalmo.

Quadro IV.

Eredità riscontrata nei 1220 folli osservati.

Eredità diretta	Uomini	Donne	Totale	Percentuale sul totale degli ammessi
Paterna	190	121	311	25,49
Materna	101	104	205	16,80
Bilaterale	52	50	102	8,36
Totali	343	275	618	50,65

Eredità indiretta	Uomini	Donne	Totale	Percentuale sul totale degli ammessi
Paterna	50	42	92	8,54
Materna	45	25	70	5,73
Bilaterale	18	15	33	2,70
Incerta	66	44	100	9,00
Totali	179	126	305	25,97
Totali generali	522	401	923	76,62

Oltre di aver notato, nei dati raccolti nel precedente quarto quadro, oltremodo frequenti gli antecedenti ereditarî degli alienati della città e provincia in esame, due fatti dallo stesso quadro ancora si rilevano:

1° Una maggiore proporzione della trasmissione diretta della condizione degenerativa dai genitori ai figli in rapporto alla trasmissione indiretta.

Più della metà dei nostri alienati provengono, difatti, da genitori che hanno sofferto la pazzia o furono affetti da alcoolismo, da nevropatie ecc. ecc. o da qualche malattia di natura diatesica.

2.° Una maggiore frequenza dell'eredità paterna in rapporto alla materna.

Questo secondo rilievo ci ricorda il concetto espresso nel 1895 di ORCHANSKY (1) e confermato poi negli anni successivi da altri, secondo il quale le tare ereditarie del padre si trasmettono più facilmente che quelle della madre.

∴

Distinguendo ora l'eredità secondo la sua varia natura la troviamo così distribuita:

---

(1) ORCHANSKY - L'eredità patologica - Torino - Roma 1895.

QUADRO V.

Eredità	Psicopatica			Neuropatica			Sifilitica			Alcoolica			Da diatesi varie		
	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	Totali
Diretta . .	60	86	146	78	83	161	30	28	58	96	60	156	66	62	128
Indiretta . .	82	52	134	42	25	67	10	8	18	35	17	52	52	46	98
Totali	142	138	280	120	108	228	40	36	76	131	77	208	118	108	226

TOTALE GENERALE: 1008.

Vale a dire che nei nostri esaminati prevale la forma d'eredità *psicopatica*, a cui seguono per ordine d'intensità, la eredità *neuropatica*, la eredità per *diatesi varie*, l'eredità *alcoolica* e l'eredità *sifilitica*.

Ad eccezione della prima, tutte le altre specie prevalgono nella eredità diretta.

Ancora a proposito di questo 5° quadro è a notare che sopra 923 folli, ben 1008 volte si è rinvenuta la disposizione ereditaria. Il che dimostra come, in molti casi, non una, ma varie condizioni morbose si trovano accumulate negli antecedenti dei nostri alienati.

∴

Cercando, per ultimo, in quale proporzione venne ad essere riscontrata l'eredità nelle singole forme di pazzia da noi esaminate, rileviamo:

QUADRO VI

Forme morbose registrate	Uomini	Donne	Totale	Disposizioni ereditarie: Uomini	Donne	Totale	Proporzione 0/0
Psicosi alcoolica		1	3	2	—	2	66,6
» morfinica	2	---	2	1	---	1	50.0
Amenza	36	60	97	20	35	55	57,2
Psicosi per basedowismo .	1	2	3	1	1	2	66,6
Paralisi progressiva . . .	50	8	58	30	5	35	60,3
Cereb. infant. (idiozia acquisita)	55	40	95	48	45	93	97,8
Psicosi da tumore cerebrale	4	2	6	1	1	2	33,3
» sifilitica	6	1	7	3	---	3	42,8
Demenza apoplettica . . .	3	3	6	1	2	3	50,0
» senile	30	15	45	12	10	22	48,8
Malinconia	44	24	68	31	18	49	72,0
Mania	58	37	94	40	29	69	72,6
Psicosi circolare	22	18	40	17	12	29	72,5
Frenosi sensoria	18	10	28	12	8	20	71,4
» isterica	---	35	35	20	9	29	82,8
» epilettica . . .	103	47	150	82	38	120	80,0
» neurastenica . .	18	7	25	15	4	19	79,9
Demen. prec. for. ebefrenica	47	30	77	31	29	60	77,9
» » catatonica	3	2	5	2	1	3	60,0
» » paranoide	25	15	40	19	13	32	80,0
Pazzia morale	76	20	96	54	21	75	76,5
Paranoia	32	13	45	26	8	34	75,5
Imbecillità ereditaria . .	113	80	193	98	68	166	86,0
Totale	750	470	1220	566	357	923	

La condizione ereditaria, per tanto, si è verificata in tutte le forme di pazzia studiate, in modo considerevole, sopratutto nelle psicopatie costituzionali, ove raggiunse una proporzione massima di 97,8 °[o e di 86 °[o.

Questo fatto, che palesamente risulta da tutto il 6° quadro, conferma sempre più, l'importanza notevole, da tutti ammessa, della eredità nella genesi delle forme più gravi di pazzia. Senza contare che nei nostri infermi studiati, noi notando come le malattie o le anomalie più gravi, in quanto ledono profondamente e primitivamente le condizioni psichiche di un individuo e di una famiglia, costituiscono quasi il terzo di tutte le psicopatie osservate, non possiamo non constatare dolorosamente con quale intensità e con quale estensione i caratteri morbosi si vadano aggravando nella discendenza.

Il rilevante numero, poi, di casi osservati, in cui si nota una vera degenerazione famigliare e di una grande importanza; sopratutto se si considera ancora che in moltissimi di siffatti casi, in cui si è potuto stabilire una notevole predisposizione morbosa, ricostruendo sommariamente l'albero genealogico dei malati in esame, non solo si son trovati profondamente lesi i suoi varî componenti, ma si sono, eziandio, trovate in essi raccolte le forme più svariate di anomalie e le più appariscenti morbosità intellettuali e moralî. Poi eredità diretta ed indiretta associate, non infrequentemente bilaterali; avi, genitori, zii, fratelli in vario modo colpiti; psico e neuropatie; alcoolismo, imbecillità, epilessia, tubercolosi, delinquenza, riunite talvolta e variamente distribuite in un medesimo ceppo.

Quale quadro raccapricciante di patologia famigliare e sociale! quale inesorabile e fatale incalzare della degenerazione! quale espressione triste di una grande inconscienza, di una grande inferiorità mentale, che trascina questi esseri sulla via della riproduzione, e non li fa ricorrere a quel principio di selezione, che dovrebbe essere, con ogni sollecitudine, riconosciuta e propugnata dall'odierna epoca civile.

Qui appresso, a miglior dimostrazione di quanto or ora si è detto intorno alla eredità morbosa, che con tanta facilità e frequenza si tramette nella discendenza producendovi le più svariate alterazioni mentali, sono esposti i quadri genealogici di due casati, dove sia per unione di neuropatici o di consanguinei o di alcoolisti, sia per una grande efficacia della condizione morbosa ereditaria, la degenerazione ha segnato un'orma sconfortante ed indelebile.

(continua)

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

CONTRIBUTO

alla

ISTOLOGIA PATOLOGICA DEL DELIRIO ACUTO E DEI DELIRII INFETTIVI

pel

Dott. Gerardo Ansalone

Il delirio acuto, come entità clinica, sorge in seguito alle classiche pubblicazioni di Fodèré (1) e di Calmeil (2), che per i primi dànno del quadro clinico di questa affezione una descrizione altrettanto esauriente per quanto breve e concisa e ne tracciano nettamente la distinzione dalle forme acutissime di mania da una parte e da tutti gli accessi deliranti acuti, complicanti alcune malattie infettive, dall' altra.

Non tutti gli autori però dividono l' opinione dei due clinici precitati; Baillarger (3) e Griesinger (4) si schierano così contro la entità clinica del deliririo acuto e lo considerano semplicemente come una varietà della mania.

Le vedute di Calmeil però vengono largamente accolte da numerosi psichiatri come Lelut, Brière de Boismont, Foville, Ball, Briand, i quali tutti, colle loro pubblicazioni, concorrono ad affermare vieppiù la entità clinica del delirio acuto. In favore di questa si schierano anche Krafft - Ebing e Kraepelin. Quest' ultimo nel suo classico trattato sotto il nome di (collaps - delirium) fa del delirio acuto una descrizione a parte e lo considera come una psicosi da esaurimento. Ancora più recentemente Ballet (5) in Francia, (6) Bianchi e

(1) Traité du délire 1817. t. I pag. 407 —

(2) Traité des maladies inflammatoires du cerveau — t. I pag, 142.

(3) Quelques considerations sur la maladie décrite sous le nom de délire aigu. Gaz. des Hôp. 1864.

(4) traité des maladies mentales 1865 pag. 350.

(5) Traité de méd. de Charcot et Bouchard. t. VI —

(6) Sull' origine infettiva di una forma di delirio acuto. Annali di nevrologia 1893 — XI pag. 5.

Piccinino in Italia concorrono ad elevare il delirio acuto alla dignità di entità clinica. Spetta a questi due ultimi osservatori il merito inoltre di averne, in una serie di pubblicazioni, illuminata la patogene si e di avere scoverto la esistenza di una forma bacillare, caratterizzata cioè dalla presenza nel sangue e nei tessuti di un bacillo specifico. Clinicamente detta forma, per la gravezza dei sintomi, per l'esito rapidamente letale, è sicuramente differenziabile dalle forme spurie di delirio acuto, le quali non sono che forme gravi di frenosi sensoria. L'importante scoverta di Bianchi e Piccinino spinse alla ricerca numerosi osservatori e, malauguratamente, i risultati, cui questi pervennero, non sono concordi con quelli dei due clinici sopra citati. Pure avendo condotto le loro ricerche su casi che avevano tutti i caratteri clinici del vero delirio acuto bacillare, Rasori, (1) Martinotti, (2) Potts, (3) Cabitto, (4) non hanno trovato nel sangue il bacillo specifico da Bianchi e Piccinino scoperto. Ceni, (5) del pari, nel sangue di un malato, affetto da forma grave di delirio acuto, non trovò che piogeni comuni, e conclude che, se realmente si deve ammettere un delirio acuto infettivo, l'etiologia non sia unica oppure che i varii microrganismi patogeni, riscontrati nel delirio acuto, non rappresentino che una infezione secondaria, eventualmente di origine intestinale, e non possano qnindi avere valore etiologico per la forma morbosa in quistione. Bianchi, (6) però anche posteriormente in una terza nota, in base a nuove ricerche condotte col massimo rigore scientifico, conferma i risultati già ottenuti sin dal 1893 ed insiste sempre sulla esistenza di bacilli specifici nel sangue dei malati affetti da forme gravi e genuine di delirio acuto.

La istologia patologica, non meno della patogenesi, è tuttora non sufficientemente chiara. Alle antiche ricerche di Calmeil seguirono quelle di Gottfried Iehn, (7) il quale notò lungo i vasi corticali del-

(1) Contributo alla patogenesi e alla etiologia del delirio acuto. *Riforma medica* 1893.

(2) Sulla presenza di corpi di *Russel* nella corteccia cerebrale e nelle meningi. *Annali di Freniatria del Man. di Torino* 1895-96.

(3) A case of acute delirium with autopsy and batteriological examination on cerebrospinal fluid. *Review. Neur* 1894..

(4) Sull'esame batteriologico del sangue nel delirio acuto. *Riv. di Pat. nerv. e mentale*. Vol. I fasc. 2 1896.

(5) Ricerche batt. nel delirio acuto. *Riv. Sper. di Freniatria*. Vol. XXIII. 1897. Pag. 79.

(6) Sulla origine infettiva del delirio acuto. *Annali di Nevrol.* 1899. Pag. 5.

(7) Beitrage sur pathologischen Anatomie Acuter Delirien. *Archive fur Psychiatri.* 1878, t. VIII pag. 535.

le granulazioni pigmentarie e dei nuclei rotondi e granulosi: notò inoltre aumento dei nuclei della nevroglia: deformazione e degenerazione granulosa delle cellule; lesione da parte dei cordoni posteriori della midolla. Molto più recentemente HOCH, (1) coll'applicazione del metodo di NISSL notò gravi lesioni della sostanza cromatica delle cellule. Qualche anno dopo CRISTIANI (2) fa uno studio accurato di tutto l'asse cerebro spinale di individui morti di delirio acuto, applicando sia il metodo di GOLGI che quello di NISSL: rileva così gravi lesioni delle cellule della corteccia cerebrale, della midolla spinale, del bulbo, dei nuclei dei nervi cranici, della cortecia cerebellare, dei nervi periferici, e nota invece integrità o quasi della nevroglia e dei vasi; ne deduce che gli elementi nervosi sono primariamente lesi. Contro tale affermazione di CRISTIANI insorge ANGLADE, (3) il quale ritiene che le lesioni nel delirio acuto siano essenzialmente e primitivamente vasali e nevrogliche e che gli elementi nervosi ammalino solo consecutivamente. La nevroglia, opina ANGLADE, reagisce nel delirio acuto proliferando attorno ai vasi nello strato molecolare della corteccia e negli strati sottogiacenti agli epitelî ventricolari: i nuclei si moltiplicano, e il reticolo fibrillare si fa più denso attorno ad alcuni gruppi di cellule piramidali, bulbari e radicolari, nei fasci bianchi laterali e posteriori della midolla: gli agenti tosso-infettivi pervengono per mezzo dei vasi nel tessuto cerebrale, il quale reagisce colla proliferazione nucleare e fibrillare: e l' irritazione corticale dapprima, e il disgregamento cellulare in seguito risultano forse da questa iperplasia precoce.

Molto più recentemente ALESSI (4), nel descrivere le lesioni istologiche della corteccia cerebrale di due individui morti di delirio acuto, ribadisce l' antico concetto di CRISTIANI della primitività della lesione degli elementi parenchimali, sino a proporre per il delirio acuto la denominazione anatomo patologica di *cefalopatia parenchimale acuta diffusa.*

Le divergenze tuttora vive circa la patogenesi e la istologia patologica del delirio acuto ci hanno indotto ad intraprendere le attuali

(1) Modifications des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale dans un cas de délire aïgu et dans un cas de delirium tremens, Americ. Iournal of Insanity. Avril 1898. Vol. IV. pag. 589.

(2) L' Anatomia patologica e la patogenesi del delirio acuto. Annali di Freniatria. V. IX fasc. I Aprile 1899.

(3) Vedi *Gilbert* e *Ballet* — Traité de Pathologie mentale — Pag. 352.

(4) *U. Alessi* — l' Anatomia patologica del delirio acuto. Riforma Medica A. 1904. N. 17.

nostre ricerche, nelle quali abbiamo avuto di mira sopratutto di applicare i recenti metodi neurofibrillari allo studio del sistema nervoso di individui morti di delirii infettivi e di delirio acuto, nella speranza di portare ancora un qualche contributo all'istologia delle sopracennate forme morbose e vedere possibilmente, se, e sino a qual punto, al decorso clinico così caratteristico del delirio acuto corrisponda uno speciale quadro isto-patologico, che sia differenziabile da quello dei delirii infettivi in genere, i quali hanno col delirio acuto moltcplici punti di contatto.

Delle sei osservazioni, che seguono, tre debbono indubbiamente ritenersi come casi di delirio acuto grave, bacillare nel senso di Bianchi e Piccinino: due di delirii infettivi pneumonici, ed uno di delirio setticemico puerperale.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Osservazione I.

I. Achille, ammesso il 24 Marzo 1907, di anni 45, procaccia postale, celibe, cattolico, appartiene a famiglia di alcoolisti. Nacque a termine, di intelligenza media; di carattere morale buono, socievole, amante del lavoro. Non ha sofferto sifilide nè altre malattie degne di nota: ha abusato però molto di bevande alcooliche (vino e liquori). Non ha sofferto mai traumi alla testa, nè si è trovato in condizioni di miseria, da alimentarsi in modo insufficiente — Pochi giorni prima della malattia mentale ha sofferto l'influenza — I disordini mentali rimontano al 22 Marzo, cioè vale a dire a due giorni prima dell'ammissione in manicomio. Riportiamo integralmente le notizie fornite dal medico curante circa i sintomi iniziali ed il decorso della malattia. « Poche idee e sconnesse senz'alcuna coordinazione. Irrompe facilmente in atti di violenza, specie contro persone, che conosce assai da vicino. Si volge spesso indietro e guarda sotto il suo letto per tema, che altri lo assalga all'improvviso. Si lamenta che tutti profittino della sua roba. »

Nell'atto della ricezione si presenta molto abbattuto e confuso, in uno stato generale abbastanza grave: ha febbre: tosse stizzosa; polso molto piccolo e frequente: 120 a minuto primo: barcolla, parla con voce di timbro nasale. Presenta una contusione alla bozza frontale di dritta riportata per caduta durante il viaggio — Le persone che l'accompagnano, riferiscono che da due giorni rifiuta ostinatamente qualsiasi alimento — In sala d'osservazione, lo si isola in cella, e gli si praticano delle iniezioni eccitanti: è a letto affannoso con gli occhi socchiusi. Se lo si chiama a voce

alta o lo si scuote, per qualche attimo fuggevole apre gli occhi e mormora a fior di labbra suoni inarticolati. All'esame obbiettivo notasi: volto di olorito terreo: cianosi ai padiglioni delle orecchie e ai lobuli del naso. Lingua fuligginosa: respiro affannoso, polso frequente (130 al minuto primo), teso ed alquanto irregolare — All'esame del torace notasi posteriormente e a sinistra una ottusità alla percussione, la quale è molto più marcata in alto, che verso la base — All'ascoltazione in corrispondenza della regione sotto - spinosa notasi soffio bronchiale abbastanza intenso.

Aia cardiaca non aumentata, toni su tutti i focolai, milza leggermente ingrandita, fegato non aumentato di volume.

Addome floscio — Emette piccole quantità di urine, l'esame delle quali non lascia rilevare nulla di importante — Nei giorni successivi 25 e 26 Marzo le condizioni generali dell'infermo si aggravano — Aumenta la dispnea, il volto diventa cianotico: polso frequentissimo, piccolissimo ed aritmico — Muore alle 10 del giorno 27.

Dal registro delle autopsie stralciamo i seguenti dati:

Cadavere di uomo quarantenne di valido sviluppo scheletrico, pannicolo adiposo ben conservato: ipostasi cadaverica alla regione posteriore del tronco e degli arti: vasta ecchimosi alla bozza frontale sinistra: nessuna lesione delle ossa sottostanti.

Nulla di importante da parte dei tavolati cranici: scarso sviluppo delle granulazioni pacchioniche: seni venosi della dura madre ripieni di sangue: pia meninge lievemente opacata sulla convessità degli emisferi con notevole congestione vasale. Si stacca facilmente dalla sostanza corticale sottostante, la quale appare fortemente iperemica ed avvolta in una fitta rete vasale, fortemente iniettata — Al taglio la sostanza corticale si presenta di consistenza normale, di colorito però alquanto più *foncè* e su la superficie di taglio sgorga sangue abbondante — Vasi del circolo del Willis non ispessiti, nè beanti — Nei vari tagli alla Flechsig, all'infuori della congestione della sostanza grigia corticale e della sostanza bianca non notasi nulla di importante. I nuclei della base contr astano per la loro pallidezza con la congestione corticale e sotto corticale.

Aperta la cavità toracica, notasi epatizzazione completa rossa di tutto il lobo superiore del polmone sinistro: quello inferiore lascia notare un leggero grado di edema — Il polmone destro lascia notare edema del lobo inferiore semplicemente — La cavità pericardica è scomparsa, per aderenza ed ispessimento dei due foglietti — Quello viscerale distaccasi con difficoltà dal miocardio sottostante, il quale appare molto flaccido e di colorito di « foglia morta ». Gli apparati valvolari sono integri — Reni leggermente aumentati di volume e congesti — Milza un pó ingrandita e molto spappolabile — Fegato normale.

Epicrisi: Pneumonite lobare sinistra, sinfisi pericardica con miocardite — Notevole congestione cerebrale —

Riassumendo, l'invasione del delirio febbrile é stata preceduta da una malattia infettiva: l'influenza. La pulmonite crupale di cui l'infermo presentava sintomi evidenti sin dai primi momenti dell'ammisione in manicomio, deve quindi riattaccarsi alla infezione grippale precedente.

Sfuggì alla indagine del medico curante, data la coesistenza dei disordini psichici gravi nell'infermo, i quali ne resero difficile l'esame obbiettivo — Dalle notizie anamnestiche risulta che la fase di collasso sopravvenuta nel Manicomio fu preceduta da altri di viva agitazione con disordini allucinatori, confusione grave, orientamento delirante, persecutorio in rapporto ai disordini sensoriali, febbre e sitofobia ostinata: fuvvi cioè la sintrome fenomenica propria mentale, che suole accompagnare talora la pneumonite grippale.

Osservazione II.

M. Antonio di Scafati di anni 29, calzolaio, ammogliato con figli, analfabeta, cattolico, un fratello è morto in carcere per omicidio, i genitori erano sproporzionati di età. È stato sempre individuo di caratere morale buono, socievole, amante del lavoro; non ha abusato mai di alcool, non ha sofferto mai malattie degne di note — Nella modula informativa si aceenna vagamente a traumi sul capo. La malattia mentale si è sviluppata il 13 Febbraio 1907: mentre era a letto già da due giorni, affetto da broncopulmonite, fu preso da una fase subitanea di agitazione con tendenza a fuggire — Eluse difatti la vigilanza delle persone di famiglia e si gettò in un fiume.

Viene ammesso in Manicomio il 15 Febbraio 1907, vale a dire due giorni dopo il primo apparire dei disordini psichici — In manicomio si presenta in preda a viva agitazione: isolato in cella, deve essere accuratamente vigilato per la sua tendenza a levarsi di letto, a rovesciare, rompere tutto quanto gli capita sotto mano e ad inveire ciecamente contro chiunque gli si avvicini. Ha allucinazioni visive a contenuto terrifico: vede soldati colle armi impugnate contro di lui: demoni che vogliono bruciarlo, fiamme intorno al suo letto.

Agli abnormi stimoli sensoriali reagisce con atti di cieca violenza, mentre si abbandona ad intenso clamore. Nei momenti in cui non è in preda ad allucinazioni é alquanto più calmo — Si puó ottenere che risponda a qualche domanda elementare e che porti per qualche istante la sua indagine sulla realtà esteriore, poco o nulla arrivando però a percepire — Non si orienta di fatti nel nuovo ambiente: il campo ideativo è notevol-

mente disordinato e quasi nessuna successione logica esiste tra le frasi che pronunzia — Non è possibile procedere ad un esame esomatico minuzioso, dato il suo stato mentale —

Ha lingua arida di colorito rosso lampone, alito fetido, labbra ricoperte di croste ematiche, congiuntive fortemente iniettate con secrezione lagrimale abbondante, respiro frequente e superficiale, polso piccolo, debole, frequente, 120 a minuto primo — All'esame obbiettivo del torace a destra, posteriormente ed in basso a livello dell'angolo inferiore scapolare, si sentono numerosi rantoli crepitanti — L'agitazione, coi disordini allucinatorii e la confusione, dura ugualmente intensa per due giorni; al terzo compaiono sintomi di collasso — È a letto immobile con faccia terrea, occhi infossati, con abbondante scolo purulento congiuntivale — Compie colle mani movimenti disordinati, quasi volesse allontanare da sè visioni paurose. Alla logorrea dei giorni precedenti é subentrato un pispiglio di parole incompletamente articotate e talora incomprensibili. Il respiro è affannoso, ha tosse senza espettorato, il polso è diventato più frequente, 130 a minuto primo, piccolissimo, debole, aritmico: urine molto scarse con tracce di albumina.

Lo stato generale si aggrava sempre più nel giorno successivo ed il 22 Febbraio muore per collasso.

Autopsia eseguita 24 ore dopo la morte — Cadavere di uomo dell'apparente età di 30 anni: buona costituzione scheletrica, notevole grado di denutrizione; pannicolo adiposo quasi del tutto scomparso: vasti decubiti sacrali: incipiente putrefazione delle pareti addominali. Nulla di importante da parte del pericranio e della scatola cranica. La dura madre è iperemica e notevolmente distesa. La pia meninge presenta i vasi notevolmente turgidi e rigonfi — Le fine arteriole formano una rete delicatissima la quale avvolge la sostanza corticale sottostante.

La pia madre si distacca molto facilmente : gli spazii sotto aracnoidali si presentano sensibilmente distesi. Al taglio, la sostanza corticale si presenta di un colore ametista per la notevole congestione. Anche la sostaza bianca, specialmente in corrispondenza dei suoi strati più superficiali, si presenta di un colorito alqnanto più *foncè* e dai medi e piccoli vasi sgorga abbondante al taglio il sangue. I vari tagli alla Flechsig lasciano scorgere integrità completa dei nuclei della base; i quali non partecipano affatto alla congestione corticale; ventricolo e plessi coroidei di aspetto normale — Alla base i vasi del poligono di Willis non lasciano scorgere nulla di patologico – La corteccia cerebellare si presenta anche iperemica ma in proporzioni minori di quella cerebrale: alquanto congesta si presenta anche la midolla.

All'apertura della cavità toracica nulla di importante si rivela da parte del cuore e dei grossi vasi — Il Pulmone sinistro non lascia rilevare nul-

la di notevole — Il destro invece è aderente alla pleura nel suo lobo inferiore, il quale è in fase di epatizzazione grigia. — Al taglio fluisce liquido purulento grigio rossastro — Aperta la cavità addominale non si trova nulla di importante da parte dello stomaco e dell'intestino, non che del peritoneo parietale e viscerale. Ugualmente normale si presenta per volume, colorito e consistenza il fegato. La milza è lievemente ingrandita ed alquanto più spappolabile, di colorito di feccia di vino. I reni si presentano alquanto più ingranditi. La capsula è assottigliata e si distacca facilmente. La superficie è liscia, lucente, alquanto edematosa, di aspetto variegato con venule stellate ripiene di sangue. Al taglio la sostanza corticale si presenta di colorito grigio rossastro con piccole punteggiature emorragiche: alquanto ispessita: la sostanza midollare é di un colorito rosso più intenso. La consistenza del rene in massa può dirsi quasi pastora. Epicrisi: pneumonite lobare, congestione cerebrale, nefrite acuta parenchimale, incipiente.

Osservazione III.

R. Maria Michela da Gravina di anni 42, maritata, lavandaia, analfabeta, cattolica. Anamnesi familiare del tutto negativa. Nacque a termine, si sviluppò somaticamente e psichicamente in modo normale. Era di carattere buono, docile ed affettuoso, amante del lavoro. Non soffrì alcuna malattia degna di nota. Soltanto di tanto in tanto era colpita da cefalea. Ebbe nove parti tutti normali. Si alimentò sempre in una maniera insufficiente, per le sue condizioni di grave miseria. Il giorno 8 Marzo si sgravò di una bambina a termine. I primi sette giorni di puerperio decorsero senza incidenti; il giorno 15 Marzo fu presa da leggiero brivido e poscia da febbre. Il 23 Marzo comparvero gravi disordini mentali sotto forma di delirio furioso, con intensissima agitazione, per cui richiedeva vigilanza assidua. Il 2 Aprile viene ammessa in Manicomio in uno stato generale molto grave, con sintomi imminenti di collasso. Ammessa nella Infermeria presenta il seguente quadro clinico: ha viso terreo, occhi infossati con sguardo quasi spento, congiuntive fortemente infiammate, con abbondante secrezione purulenta. Dimena ritmicamente la testa, e compie movimenti disordinati colle mani, talora come di annaspamento. Ha le palpebre d'ordinario socchiuse; sotto forti stimoli, spalanca gli occhi ed assume una fisonomia di vivo terrore. In altri momenti non fa che gonfiare le gote e soffiare in continuazione. Un sudore vischioso ricopre la pelle del tronco e dell'addome. I piedi sono freddi. Dal suo corpo emana un odore penetrante. Il polso radiale è quasi impercettibile, quello crurale dá 120 battiti al minuto primo. La respirazione è frequente e superficiale, 48 al minuto primo. Le pupille, a contorno regolare, non reagiscono alla luce. Il riflesso patellare è abolito a destra, esistente a sinistra. Riflesso plantare in flessione d'ambo

i lati: é alquanto però più vivace a sinistra. Il riflesso addominale non si provoca. All'esame del torace non si rileva nulla di anormale, all'infuori di una relativa ottusitá nella regione posteriore, a sinistra ed in basso, al di sotto dell'angolo scapolare. L'ascoltazione non puó essere utilizzata, dato lo stato generale dell' inferma. L'ottusitá epatica comincia al quinto spazio intercostale, e non va oltre l'arco costale. L'aia di ottusità splenica non è aumentata. L'addome è depresso; col catetere si estraggono dalla vescica 100 centimetri cubici di urina, la cui analisi dà i seguenti risultati.

Aspetto torbido, colorito giallo, consistenza fluida, reazione acida, peso specifico 1030 a $+ 15^{o}$. Cloruri, solfati in proporzioni normali, fosfati in aumento, urati abbondantissimi, albumina un quarto di grammo per mille, glucosio assente; emoglobina, tracce; mucopus assente; pigmenti urinari normali, in proporzioni normali; pigmenti biliari, assenti; peptone, propeptone, uroeritrina, assenti ; indicano in lieve aumento; urea grammi 11 e 50 per mille. All'esame microscopico si rivela assenza di cilindri: rari leucociti e qualche rarissimo corpuscolo rosso. Numerosi cristalli di urato acido di sodio.

Autopsia eseguita 24 ore dopo la morte.

Cadavere di donna trentenne: di regolare sviluppo scheletrico, con sufficiente pannicolo adiposo, ma scarso sviluppo del tessuto muscolare. Decubito iniziale al sacro: addome disteso da gas: macchie ipostatiche al dorso ed alla regione posteriore degli arti.

Scatola cranica. Nulla di importante da parte del cuoio capelluto. Tavolati cranici normali, diploe abbondante; mancanza di granulazioni pacchioniche, dura madre tesa, edematosa, fortemente congesta, non ispessita.

Al suo taglio fluisce abbondante liquido sieroso - sanguinolento. I suoi seni venosi sono turgidi di sangue.

Sulla sua faccia interna, in corrispondenza del giro marginale sinistro presenta un ematoma della grandezza di circa una moneta di cinque franchi e della spessezza di circa due centimetri, il quale ha prodotto un sensibile avvallamento della corteccia delle circonvoluzioni del giro marginale sottostante. La pia madre si presenta fortemente congesta, qua e là cosparsa di suffusioni emorragiche, ma al di fuori di queste lucida e trasparente. I suoi vasi sono enormemente dilatati ed iniettati sino a formare una rete delicatissima e serrata la quale avvolge la sostanza corticale sottostante. La pia meninge si distacca da questa facilmente. Al taglio, la sostanza grigia corticale, spicca per la sua tinta ametista, sulla sostanza bianca del centro ovale. I vasi di quest'ultima di piccolo e medio calibro, sono anch'essi fortemente ripieni di sangue da formare sulla superficie di taglio, ad una pressione leggera, una ricchissima punteggiatura sanguigna. Nei vari tagli alla Flechsig, non si nota nulla di anormale. I nuclei della base sono integri e non congesti. Nei ventricoli notasi una quantità normale di li-

quido ; plessi corodei integri : i vasi del poligono di WILLIS non sono ispessiti nè beanti. La sostanza corticale cerebellare si presenta anch'essa congesta, ma in proporzioni minori di quella cerebrale.

Cavità toracica. Normale la quantità di liquido pericardico; cuore grosso e ricco di adipe, molto flaccido: integrità degli apparecchi valvolari, cavità sinistra piena di coaguli fibrinosi: pulmone destro normale; il pulmone sinistro nel lobo inferiore si presenta in fase di iniziale epatizzazione rossa; bronchi sani.

Cavitá addominale. Fegato di colorito giallognolo e di consistenza diminuita, cistifellea normale, reni lievemente ingranditi con capsula facilmente distaccabile con superficie liscia, di aspetto variegato, e con venule stellate ripiene di sangue. Consistenza renale alquanto diminuita. Sulla superficie del taglio la sostanza corticale si presenta ingrandita, di colorito grigio rossastro, mentre quella midollare è di un rosso piú intenso. La milza non è ingrandita, la sua polpa è però molto spappolabile. Stomaco, intestino, peritoneo viscerale e parietale normali ; vescica normale; vagina con mucosa di colorito lavagna: canale cervicale dilatato, utero quasi ridotto. La sua mucosa presenta frequenti lacerazioni e chiazze emorragiche; é di colorito rosso brunastro ed è ricoperta da scarso detrito purulento ematico. Nulla di importante da parte degli annessi.

OSSERVAZIONE IV.

Scrocco F. di anni 31 di Alberona, celibe, contadino, analfabeta. Una zia paterna, affetta da mania furiosa, si annegò in una vasca di acqua. Il nonno paterno era debole di mente. I genitori, entrambi viventi, sono di buona costituzione fisica, quasi coetanei e sani di mente. L' infermo nacque a termine e senza alcun incidente durante il parto. Si sviluppò somaticamente e psichicamente in una maniera normale: fu però poco amante del lavoro; recossi due volte in America per far fortuna senza mai riuscirvi. Ragazzo, fu affetto da tifo addominale, per cui stette in fin di vita. Ventenne contrasse infezione malarica piuttosto grave, per cui fu riformato. Non ebbe sifilide, nè fu alcoolista. Subì varii traumi al capo, di cui uno piuttosto grave, per caduta da cavallo e di cui residua una cicatrice piuttosto vasta alla tempia dritta. Ebbe dispiaceri amorosi, essendosi innamorato di una ragazza, la quale non gli corrispose mai. Dal giorno che andò sposa ad un altro, incominció a presentare sintomi di depressione psichica e si abbandonò a molteplici disordini della condotta, non così gravi, però da richiedere il suo internamento in Manicomio. Presentava così di già sintomi di un certo squilibrio mentale, allorchè insorsero acutamente fenomeni di grave eccitamento con tendenza ad aggredire. Il 28 Maggio 1907 viene ricoverato in Manicomio. Lo si isola in cella per la sua viva

ed intensa agitazione: aggredisce ciecamente gl' infermieri, che gli si avvicinano. Ha volto congesto, congiuntive iniettate, patina fuligginosa sulla lingua e sulle labbra; polso pieno, forte, frequente 110 a minuto primo: ha febbre, 38 1|2.

È in preda ad una vera logorrea caotica: prevalgono le frasi esprimenti angoscia e terrore. Inveisce contro persecutori che vede dovunque intorno al letto, sul soffitto: rifiuta qualsiasi alimento: non è possibile per la viva agitazione praticare l'esame somatico.

Il giorno seguente si presenta un pochino più calmo; i disordini allucinatori, terrifici sono meno insistenti. Ha momenti di tregua, durante i quali è possibile procedere all' esame degli organi della vita vegetativa. Nulla di importante si rileva in quelli toracici: degli addominali la sola milza presenta un notevole ingrandimento: la sua ottusità in alto, a livello della ascellare media, risale oltre la nona costola ed in basso deborda dall'arco costale per circa tre dita trasverse.

Periodi di agitazione intensissima si alternano con altri di depressione, durante i quali permangono le note di una grave confusione mentale con disorientamento assoluto nell'ambiente, mentre la febbre oscilla fra i 38 e i 39 gradi. Al settimo giorno di degenza in Manicomio l' infermo si aggrava. Si manifesta una congiuntivite purulenta: la temperatura si eleva sino a quaranta, il polso diventa più frequente e piccolo, il respiro affannoso, la voce fioca, di timbro nasale: nessuna parola è più bene articolata: all'agitazione violenta é subentrato un dimenarsi disordinato degli arti inferiori e superiori. Di tanto in tanto notansi contrazioni disordinate di singoli gruppi muscolari.

All'esame del torace, alla percussione non si rileva nulla di importante: all'ascoltazione, nella regione sotto scapolare sinistra, notansi rantoli crepitanti inspiratori. L'alimentazione dell' infermo è resa sempre più difficile, non ingoia neanche alimenti liquidi. Quelli introdotti colla sonda nello stomaco, vengono subito dopo vomitati. Lo stato generale va così sempre più aggravandosi, mentre compaiono e si estendono rapidamente i decubiti sacrali, e l'urina diventa progressivamente sempre più scarsa e incominciano a comparire tracce di albumina. Muore il 12 Giugno 1907.

Autopsia eseguita 24 ore dopo la morte.

Cadavere di uomo trentenne, di buono sviluppo scheletrico; muscolatura flaccida, scarso pannicolo adiposo sottocutaneo. Addome fortemente teso dai gas di putrefazioue, di colorito verdognolo a livello delle due fosse iliache. Vasto decubito sacrale con pus icoroso.

Scatola cranica — Nulla di notevole da parte del pericranio; tavolati di aspetto normale; diploe abbondante. Dura madre fortemente iperemica e distesa senza granulazioni pacchioniche: seni venosi turgidi di sangue. Pia meninge liscia, trasparente, fortemente congesta, facilmente distaccabile,

presenta qua e là delle piccole suffussioni sanguigne — Spazi sotto aracnoidali fortemente distesi. La sostanza corticale è fortemente congesta, avvolta in un finissimo reticolo vascolare, di colorito alquanto più carico che nelle condizioni normali, sino a raggiungere una tinta ametista. Al taglio, geme abbondante sangue dai vasellini recisi della sostanza bianca, formando una punteggiatura vascolare ricchissima. Vasi del poligono di WILLIS non ispessiti, nè beanti al taglio. Nelle sezioni alla FLECHSIG si rivela integrità completa dei nuclei della base: i ventricoli non sono dilatati; i plessi coroidei di aspetto normale.

Cavità toracica — Sulle due pleure parietali di destra e di sinistra notansi qua e là piccole stratificazioni di essudato fibrinoso. Il pulmone presenta in corrispondenza di una delle chiazze di flogosi pleurale più vasta delle altre, nel suo lobo inferiore, un focolaio bronco-pneumonitico, al cui taglio sgorga un liquido denso purulento ematico. Nel pulmone destro notasi semplicemente un discreto grado di edema pulmunare e bronchite purulenta dei grossi, medi e piccoli bronchi.

Cuore piuttosto piccolo e molto flaccido con apparati valvolari però completamente integri. Aorta alquanto piccola, ma completamente liscia e con apparato valvolare sufficiente.

Cavità addominale — Al taglio delle pareti addominali, a livello dell'appendice xifoide, notasi una raccolta purulenta, la quale si arresta sull'aponevrosi; il peritoneo parietale a quel livello è liscio e trasparente. Così del pari è dapertutto il peritoneo viscerale. Le anse intestinali sono fortemente distese da gas di putrefazione, ma non lasciano notare alla loro apertura alcuna alterazione — La milza è fortemente ingrandita, quasi il doppio del normale, di consistenza aumentata; al taglio la polpa si presenta abbondante di colorito rosso bruno, non spappolabile — Fegato normale.

I reni sono molto ingranditi, la capsula si distacca facilmente, e lascia notare sulla superficie della sostanza corticale numerosi focolai miliariformi purulenti. Le venule stellate sono molto appariscenti e ripiene di sangue; al taglio la sostanza corticale mostrasi alquanto ingrandita grigio-biancastra e picchiettata di rosso, nei punti integri, interposti tra i sopraccennati focolai miliari. La sostanza midollare presenta un colorito cianotico; qua e là presenta anch'essa piccoli focolai purulenti miliariformi.

Epicrisi — Bronco-pneumonite a sinistra, pleurite fibrinosa, nefrite parenchimale con ascessolini multipli miliari.

OSSERVAZIONE V

D. V. Giovanni di Evrano Castello di anni 25, celibe, cantoniere ferroviario. Ammesso il 24 Giugno 1907.

S' ignorano le notizie anamnestiche familiari; per ció che riguarda l'anamnesi individuale riportiamo quasi integralmente quanto ci riferiva in una lettera la madre dell'infermo. Prima dell'attuale malattia ha sofferto febbri malariche. Nella fine di Febbraio 1907 ammalò di otite purulenta; per diversi giorni dal condotto uditivo venne fuori pus abbondante, mentre la temperatura del corpo raggiungeva i 39 gradi. Guarito dell'affezione precedente, stette quasi bene per più di un mese, accusando semplicemente una certa debolezza generale. Nella seconda quindicina di Aprile successivo, mentre egli stesso si diceva del tutto ristabilito, una sera avvertì improvvisamente una sensazione di interno calore, che dalla punta dei piedi saliva verso l' ipogastrio e di lì in su sino alla testa. Mentre veniva preso da una sensazione penosa di soffocamento alla gola e da grave ambascia, per cui dovette fuggire all'aria aperta « e nel fuggire era in preda ad intenso terrore e spesso volgeva indietro lo sguardo pauroso quasi temesse che altri lo inseguisse. La crisi finiva con l' invasione di un tremore generale, che durava parecchi minuti, poscia subentrava una fase di stanchezza e di esaurimento. Simili crisi si ripetevano ogni cinque o sei giorni. Il 16 andante nelle ore antimeridiane si alzó di botto dal letto, si denudó e incominciò a gridare ad alta voce. Per circa una settimana si mantenne agitato e clamoroso, riusciva impossibile trovare un nesso logico qualsiasi in tutto quanto egli diceva: parole di amore, di odio, di disprezzo, di minaccia si alternavano e si succedevano caoticamente. Non sempre però era in preda all'agitazione e al vivo clamore; in alcuni momenti si addimostrava sufficientemente calmo e lucido, comprendeva le domande, che gli si rivolgevano ed era capace di discorrere colle persone di famiglia ». Incalzando i sintomi morbosi si vide la necessità di inviarlo al manicomio il 24 Giugno 1907. Vi arriva in condizioni fisiche molto gravi: è abbattuto, non riconosce alcuno nè percepisce nulla della realtà esteriore. Ha occhi socchiusi, congiuntive molto iniettate, compie movimenti disordinati cogli arti superiori ed inferiori e dimena la testa in una maniera quasi ritmica. Ha voce fioca, labbra e lingua ricoperte da patina fuligginosa, polso molto frequente, 120 a minuto primo: respiro affannoso: vi è ipotermia.

All'esame degli organi della vita vegetativa, per quanto lo permettono le condizioni generali dell' infermo, non si rileva nulla di anormale. I tentativi di alimentazione riescono vani, non ingoia neanche una cucchiaiata di latte. Nel giorno successivo lo stato generale si aggrava ancora di più ed il 27 Giugno alle ore 4 ant. mer. muore per collasso.

All'Autopsia, eseguita 24 ore dopo la morte, si nota da parte della cavità cranica, iperemia e distensione della dura meninge. Sovrabbondanza del liquido aracnoideo, pia meninge con vasi fortemente ripieni di sangue, piccole suffusioni sanguigne intorno alle fine arteriole. Essa si distacca agevolmente dalla sostanza corticale sottostante, la cui congestione si rivela al ta-

glio per una tinta più rossastra del normale. Nella sostanza bianca, al taglio, sgorga sangue abbondante dai vasi recisi. Nulla d'importante come negli altri casi, da parte dei ventricoli, plessi coroidei e nuclei della base. Nulla di importante si rileva all'esame degli organi toracici ed addominali, all'infuori dello edema pulmonare bilaterale, di un discreto aumento di volume della milza, con polpa non spappolabile e di una sensibile iperemia del peritoneo viscerale, specie quello avvolgente il tenue intestino, la cui mucosa però, ad un diligente esame, non lascia rilevare nulla di patologico.

Osservazione VI.

F. Pietrangelo, di anni 41, ammogliato, contadino, da Casacalenda, analfabeta — Anamnesi familiare negativa; nacque a termine, si sviluppò regolarmente dal lato psichico e somatico. Fu sempre di carattere buono, docile ed amante del lavoro. Non ha sofferto malattie degne di nota. all'infuori della pulmonite, molti anni prima dell'ammissione in manicomio. Nel 1906 incominciò ad ammalare di gastralgia. Le frequenti sofferenze lo resero triste ed ipocondrico, con crisi acutissime di ansia, durante le quali tentò suicidarsi, avvelenandosi. Guarì dell'accesso melanconico piuttosto rapidamente nell'ambiente familiare.

Godeva perfetta sanitá fisica e mentale, allorchè, dopo qualche giorno di lieve depressione, malessere generale, fu preso da un' improvvisa crisi di agitazione con tendenza a percuotere, ragione per cui fu inviato di urgenza al manicomio. Viene ammesso il 23 luglio 1907. È in uno stato di agitazione intensissima con tentenza a rovesciare, rompere tutto quanto gli capita sotto mano: urla in continuazione e pare iuveisca contro immaginari persecutori. La più grave confusione regna nel campo ideativo. Par non comprenda il significato delle domande più semplici e solo con grande stento si arriva ad ottenere che compia qualche movimento molto elementare, come quello di metter fuori la lingua dalla cavitá orale.

Il più delle volte non si arriva ad aferrare il senso del suo discorso, che è una ridda caotica di parole. Assume di tanto in tanto atteggiamento di persona allucinata e sembra in preda a vivo terrore e spavento. È sensibilmente alterata la pronunnzia delle parole. La voce ha un timbro nettamente nasale. Ha febbre 38°,6, polso frequente 125 a m', ma sufficientemente forte e teso; la lingua è ricoperta da patina fuligginosa. Ha congiuntivite purulenta. L'esame degli organi toracici ed addominali non lascia rilevare nulla d' importante. Urina sufficientemente: l' esame dell'urina non mette in rilievo nulla di notevole.

Il giorno successivo l'agitazione diviene ancora più intensa: la voce si fa fioca e molto fievole; non articola con chiarezza più una sola parola: il polso diventa più frequente, 130 a 1', ed alquanto più debole. Il 27 in-

cominciano a comparire sintomi di collasso: trascorrono tre giorni circa di uno stato grave adinamico ed il 31 muore.

All'autopsia si ha un reperto del tutto identico a quello descritto nel caso precedente.

Considerazioni cliniche

Nell'osservazione 1ª s'impone la diagnosi di delirio febbrile pneumonico: l'alcoolismo del soggetto puó renderci ragione dell'esplosione di disordini psichici sotto forma di allucinazioni, accompagnate da agitazione e confusione intensa. La malattia dura appena cinque giorni; i sintomi di collasso compaiono rapidamente: tutta la sintrome psichica passa in seconda linea di fronte alla lesione dell'apparato respiratorio, la quale è primitiva, e si stabilisce già nel secondo giorno di malattia.

Nella osservazione II la diagnosi di delirio febbrile pneumonico ci pare anche sufficietemente giustificata. I primi sintomi della malattia sono quelli di una pulmonite: quando già è in atto quest'affezione da due giorni, insorgono i disordini psichici sotto forma di un delirio allucinatorio acuto, con agitazione vivissima, dissociazione ideativa molto grave: alla fase di eccitamento subentra rapidamente quella di collasso, mentre diventano sempre più gravi i sintomi dell'affezione locale pulmonare e mentre, col decubito sacrale precoce, si annunzia un disfacimento organico acuto, distrofico. La malattia dura dodici giorni, una settimana circa cioè più che nella osservazione 1ª; i sintomi psichici sono molto più eclatanti: la fase di eccitamento dura cinque giorni: quella di collasso sette.

Nell'osservazione III la diagnosi di delirio setticemico puerperale ci sembra giustificata. La malattia insorge durante la prima settimana di puerperio; per otto giorni vi è la sola febbre, poscia compaiono disordini psichici, sotto forma di confusione mentale allucinatoria con una viva agitazione.

I sintomi di eccitamento durano in media una settinana, poscia l'inferma cade in collasso e muore. È agevole notare molteplici punti di contatto tra il decorso clinico di questo caso e quello in genere del delirio acuto. L'unica differenza pare costituita dalla comparsa tardiva dei sintomi psichici. All'esame istopatologico, come vedremo in prosieguo, i reperti di questa osservazione sono quelli che più si avvicinano a quelli dei casi di delirio acuto genuino.

Nell'osservazione IV vi è ereditarietà psicopatica, il tifo e la malaria figurano come malattie pregresse. La sintrome psichica prevale ancora di più su quella generale somatica ed è la prima ad apparire: che anzi, quello che più ci sembra degno di nota, l'infermo aveva già presentato disordini mentali, prima che fosse colpito dal delirio febbrile.

La malattia dura qnindici giorni, di cui una settimana circa con sintomi di eccitamemto ed una settimana con sintomi di collasso. I fatti pulmonari compaiono in questa ultima fase: essi hanno quindi qui un valore ben diverso da quello che poteva loro attribuisi nelle due osservazioni precedenti. Sono da considerarsi come complicanze del quadro morboso acuto psicopatico. Il decubito, la congiuntivite purulenta, gli ascessolini miliariformi renali sono l'indice della generale invasione dell'organismo da parte degli agenti tosso-infettivi. La diagnosi di delirio acuto a noi sembra quindi in questa IV osservazione sufficientemente giustificata.

Le lesioni a carico del sistema nervoso in questo caso, come vedremo in prosieguo, non sono per nulla differenti da quelle riscontrate negli altri due casi di delirio acuto genuino.

Le osservazioni V e VI sono da considerarsi come due casi tipici di delirio acuto grave, bacillare di Bianchi e Piccinino. Nell'osservazione V figura nell'anamnesi la malaria, ed è degno di rilievo il fatto che l'esordio della malattia mentale fu preceduto da otite purulenta. La malattia dura in media undici giorni: la fase di eccitamento trascorre tutta nell'ambiente familiare: quella di collasso è rapidamente mortale. Nell' osservazione VI la malattia decorre anche come un classico delirio acuto, e dura solo otto giorni. É degno di nota il fatto che l' infermo precedentemente era andato soggetto ad accesso psicopatico depressivo.

Riassumendo, su tre casi di delirio acuto, in due (oss. IV e VI) figurano nell'anamnesi prossima accessi psicopatici a tinta depressiva, che precedono l'esplosione del delirio febbrile. Nel terzo (oss. V) l'esplosione del delirio è preceduta da un processo suppurativo otitico febbrile. In due casi figura la malaria come malattia infettiva pregressa (oss. V e VI).

Reperti istologici

I reperti da noi ottenuti possono riunirsi in due gruppi. Nel I.° comprendiamo i reperti delle osservaz. IV. V. e VI., vale a dire dei tre casi di delirio acuto. Nel II gruppo comprendiamo i reperti delle osservazioni I. II. e III., vale dire dei due casi di delirio infettivo pneumonico e del caso di delirio setticemico puerperale.

I metodi da noi impiegati sono stati quelli fibrillari di Donaggio e Cajal, il metodo di Nissl, quelli di Van Gieson, di Heidehnein, quello di Weigert per le fibre mieliniche e quello per la nevroglia; la colorazione colla rubina acida di Paladino: la colorazione coll'ematossilina e scarlatto, su pezzi fissati in sublimato o in alcool a 96°. Per ogni caso clinico, tutti i metodi sopracennati sono stati applicati su pezzi delle circonvoluzioni centrali, del lobo frontale, della parte media delle tre temporali, del giro marginale e del giro angolare: su pezzi di corteccia cerebellare, di bulbo, di midolla spinale (rigonfiamento cervicale e lombare), sui gangli spinali, sulle radici anteriori e posteriori, sui nervi mediano, cubitale, sciatico oculomotore, comune e trigemino.

Reperti del I° Gruppo

Corteccia Cerebrale

Col metodo di Nissl, nei varii campi corticali sopracennati e senza sensibili differenze da una zona all'altra, noi abbiamo potuto rilevare, del pari che gli autori precedenti (Cristiani, Alessi, ecc.), delle gravi lesioni a carico della sostanza cromatica delle cellule piccole e medie piramidali, le quali sono invase dal processo di cromatolisi, in tutte le sue gradazioni, da quella parziale, ora periferica, ora centrale, sino alla cromatolisi totale, per cui tutta la sostanza cromatica o assume un aspetto pulverulento, o scompare addirittura. Le grandi cellule piramidali presentano in generale lesioni della sostanza cromatica sempre menó gravi delle piccole e medie piramidali e delle cellule polimorfe. La lesione che noi abbiamo in esse più costantemente riscontrata è il rigonfiamento torbido, per cui le cellule appaiono aumentate di volume, vescicolose e rigonfie, con zolle di protoplasma intensamente colorate e non bene differenziate, nucleo

eccentrico, prominente, con nucleolo intensamente colorato; prolungamenti cellulari, tortuosi, a contorno irregolare. Mentre alcune grosse piramidali si presentano così, come le abbiamo testè descritte, altre invece, nelle quali il processo patologico è in uno stato più avanzato, si presentano con un aspetto atrofico grave; quasi tutta la massa protoplasmatica resta pallidamente colorata; i contorni cellulari sono poco differenziabili dal tessuto circumambiente: il nucleo è spostato alla periferia, mancante il più delle volte di nucleolo, e col contorno irregolare, sinuoso, frastagliato. In uno stato più avanzato di disfacimento cellulare, compaiono erosioni dei margini dell'elemento: il nucleo non è più riconoscibile e la cellula assume un aspetto di zolle erose, cosparse di piccoli granuli, con frammenti di prolungamenti, sinuosi, spezzettati, in via di disfacimento. Per ogni campo microscopico si vedono tutte le gradazioni possibili di lesione cellulare, dalla lieve ed iniziale cromatolisi sino alle forme più gravi di disfacimento testè descritte.

Contrariamente a quanto afferma Cristiani, non abbiamo mai costatato nelle cellule corticali vera degenerazione giallo-globulare. Spesso però tale pigmento, specie verso la parte basale della cellula, ci è parso in sensibile aumento. Il reperto però più interessante, che il metodo di Nissl mette in rilievo nella corteccia cerebrale, è quello delle figure IX e X della tavola annessa a questo lavoro. Esso è relativamente frequente nei casi di delirio acuto genuino; ne abbiamo trovato però qualche rarissimo esemplare anche nel caso di delirio setticemico puerperale. Nelle fig. IX e X sono raffigurate due cellule piramidali medie della zona rolandica dell' infermo dell' osservazione V. Come rilevasi agevolmente dalla figura, gli elementi nervosi sono in un grado avanzato di disintegrazione: i contorni cellulari presentano vasta erosione, e la scarsa massa protoplasmatica residuale si presenta granulosa frammista a pigmento giallo-globulare. Il fatto più caratteristico è l' invasione dell'elemento da parte di corpuscoli rotondeggianti od ovalari di varia dimensione; gli uni più piccoli, e colorati intensamente in bleu, cosparsi da fine granulazioni, gli altri più grandi, con protoplasma più chiaro e con due e talora anche tre masse cromatiniche sufficientemente differenziate. Osservando con oggettivo ad immersione attentamente il contorno di alcuni di questi elementi nucleari, (v. figura X), si vede che alcuni di essi sono circondati da un piccolo alone concentrico di sostanza protoplasmatica che si adatta come una capsula sul corpo dell'elemento, restandone però distinta per un piccolo

spazio concentrico interposto. Se si osserva attentamente questo alone capsulare, si vede che esso è fatto a spesa della massa protoplasmatica dell'elemento in via di dissoluzione e che con essa massa si continua. Quest'ultima particolarità a noi sembra di un qualche interesse. Da qualcuno degli studiosi, che si sono occupati del problema della neuronofagia, come vedremo meglio in prosieguo, si è affermato che è un errore di osservazione la voluta presenza di nuclei non nervosi dentro il corpo delle cellule nervose. Ora nel nostro reperto, testè descritto, a noi sembra di non commettere questo errore, se affermiamo che parecchi degli elementi nucleari sopradescritti penetrano realmente nel corpo cellulare dell'elemento in via di distruzione; difatti essi si mostrano circondati da uno straterello della sostanza protoplasmatica propria della cellula. Questo reperto è stato da noi trovato a preferenza nelle circonvoluzioni centrali, ma buoni esemplari ne abbiamo trovati anche negli altri territorii corticali. L'accumolo di elementi nucleari non è una prerogativa delle cellule gravemente lese. Se ne vedono in grande numero attorno ad elementi anche, che presentano lievi alterazioni della sostanza cromatica, o che si trovino in uno stato di rigonfiamento torbido acuto. Però, in generale, si può affermare che il numero di questi elementi invasori è proporzionale al grado della lesione dell'elemento cellulare. Quando si osservano al microscopio sezioni di corteccia cerebrale di malati morti di delirio acuto, a piccolo ingrandimento, si scorgono subito i sopraccennati accumuli di elementi nucleari. Dove questi sono più numerosi, si è sicuri di trovare a più forte ingrandimento lesioni gravi dell'elemento cellulare, da essi circondato. Siccome abbiamo detto che le grandi cellule piramidali non sono le più colpite nel delirio acuto, così d'ordinario detti accumuli sono più frequenti e numerosi negli strati superficiali e profondi della corteccia cerebrale. Col metodo di Van Gieson e colla colorazione all'ematossilina e scarlatto, si hanno imagini quasi identiche a quelle che si ottengono col metodo di Nissl.

Dei metodi neurofibrillari quello che ci ha dato i migliori risultati è stato il metodo di Donaggio (fissazione in piridina e nitrato di piridina). Oltre a metterci in rilievo le lesioni proprie dell'apparato neurofibrillare, ci ha rivelato il fatto già sopra descritto, che a noi sembra uno dei reperti più frequenti nel delirio acuto, vale a dire cioè la presenza di elementi nucleari nelle adiacenze degli elementi nervosi più o meno lesi, e, in alcune condizioni particolari, la loro penetrazione nel corpo delle cellule più alterate. Se si dà difatti

un'occhiata alle figure 1, 2 e 3 della tavola, si vedono questi elementi nucleari che penetrano nel corpo delle cellule piramidali: essi però hanno un aspetto alquanto diverso da quello che assumono col metodo di NISSL. Sono cioè alquanto più rotonteggianti e come appiattiti, cosparsi di numerose e fine granulazioni. Che anche qui si tratti di vera e propria penetrazione nel corpo cellulare a noi pare non vi sia alcun dubbio. Nelle figure 1 e 2 essi sembrano addirittura inclusi nel protoplasma: questo infatti pare si modelli attorno ad essi. Le cellule che presentano così di simili inclusioni lasciano notare una deformazione del loro corpo, come si rileva nelle figure 1 e 2. Nella figura 3 invece l'elemento cellulare nel suo complesso è meglio conservato; solo qua e là presenta delle gibbosità in corrispondenza di questo o quell'elemento nucleare che vi è più intimamente addossato. Se ne deduce quindi agevolmente che i sopracitati nuclei nella cellula della figura 3 sono situati più perifericamente all'elemento, anche perchè non si vedono qui attorno ad essi quelle zone di rarefazione del protoplasma cellulare, che sono così evidenti nelle figure 1 e 2. In generale nelle cellule, che si presentano relativamente sane, i nuclei invasori si vedono aggruppati nell'immediate vicinanze dell'elemento o tutto al più a ridosso di questo. Col metodo DONAGGIO, del pari che col NISSL, questi accumuli nucleari si vedono molto più frequenti negli strati profondi della corteccia, e spesso gli elementi da essi circondati si presentano uniformemente colorati in bluasto, con apparato neurofibrillare poco o nulla differenziato. D'ordinario però nelle cellule grandi e medie piramidali le neurofibrille sono chiaramente colorate. Le alterazioni che a noi sono parse più costanti col metodo DONAGGIO possonsi facilmente rilevare dall'esame delle figure 1, 2, 3 e 4. Si notano alterazioni dell'apparato neurofibrillare e modificazioni della colorabilità delle varie parti della cellula. Le alterazioni dell'apparato neurofibrillare consistono in modificazioni della struttura intima delle fibrille. Qualunque delle tre figure si prenda in esame, si rileva che un certo numero degli elementi fibrillari si presenta alterato, ridotto cioè in granuli minutissimi, asseriati gli uni accanto agli altri, per modo che a piccolo ingrandimento la continuità dell'elemento neurofibrillare sembra conservata.

Solo coll'oggettivo ad immersione si arriva a scorgere che tra i singoli granuli vi sono spazii liberi. Non tutte le neurofibrille, come dicevamo, sono granulari: alcune di esse si presentano del tutto liscie ed uniformi di calibro, vale a dire di aspetto normale.

Nella figura 4 è raffigurata una cellula della corteccia cerebrale dell' infermo dell' osservazione IV (zona rolandica): il reticolo intracellulare è sufficientemente bene differenziato. Molte maglie della rete, del cercine perinucleare, sono di aspetto del tutto normale: il reticolo si addensa alquanto, come normalmente succede, nella zona perinucleare. Nei prolungamenti è molto più difficile discernere le fibrille sane da quelle colpite da generazione granulare, perchè sono molto stipate e riunite in fascio.

In detta cellula della figura 4 non esiste alcuna invasione nucleare e le lesioni neurofibrillari sono molto più lievi di quelle che si rilevano nelle cellule delle fig: 1, 2 e 3. In quest'ultima, dove non troviamo che solo due elementi nucleari inclusi, per quanto la lesione granulare delle fibrille sia molto più avanzata che nella figura 4, l'apparato neurofibrillare, nel suo insieme, presentasi meglio conservato che nelle figure 1 e 2 dove esiste una vasta invasione di elementi non nervosi. Qui difatti le fibrille sono poco differenziate: quelle provenienti dai prolungamenti, come penetrano nel corpo cellulare, si spezzettano e si riducono in frammenti di calibro disuguale, che si dispongono disordinatamente attorno agli elementi invasori della cellula. Spesso però, come abbiamo sopra fatto rilevare, tra i residui neurofibrillari addensati e gli elementi nucleari resta un alone chiaro, come una zona di protoplasma incolore. Nelle figure sopra cennate 1, 2, 3, 4 sono stati da noi raffigurati quegli elementi corticali, che a noi è sembrato presentassero le lesioni più tipiche dell'apparato fibrillare: ma non è a credere che tutti gli elementi della corteccia fossero così ed in eguale misura lesi. In un grande numero di cellule, grandi piramidali a preferenza, non abbiamo potuto costatare lesione alcuna delle neurofibrille. In altri elementi non si notavano che lesioni molto lievi, come addensamento, conglutinazione, coalescenza delle fibrille oppure rarefazione delle maglie della rete.

Recentemente da Sciuti (1) è stato portato un ricchissimo contributo alla patologia delle neurofibrille. Egli ha studiato con metodi specifici tutto l'asse cerebro spinale di 10 casi di paralitici progressivi e, dall'analisi minuta dei reperti, rileva che le neurofibrille, sotto l'azione protratta di agenti patogeni ammalano gradatamente subendo

(1) **Le fine alterazioni degli elementi nervosi nella Paralisi Progressiva - Annali di Nevrologia - Anno xxv - Fasc. vi.**

una serie di processi regressivi, dai più lievi ai più gravi. Come rileva anche MODENA nella sua rivista sintetica sulla patologia delle neurofibrille, le lesioni di queste possono distinguersi in tre gruppi: vale a dire:

1° Alterazioni nella disposizione delle fibrille e del reticolo.

2° Modificazioni della colorabilità delle varie parti della cellula ai diversi metodi di colorazione delle neurofibrille.

3° Modificazioni nella costituzione intima delle fibrille. La disintegrazione granulare di queste rappresenta una delle lesioni più gravi quasi terminale, la quale precede di poco la completa scomparsa dell'elemento neurofibrillare.

Ora nella paralisi progressiva, le larghe e scrupolose indagini di SCIUTI mettono in rilievo tutte queste progressive lesioni dell'elemento fibrillare; il quale ammala gradatamente, sotto l'azione lunga continua e costante dell'agente patogeno.

Nel delirio acuto invece, malattia a decorso rapido e in cui gli agenti tossoinfettivi agiscono rapidamente e tumultuariamente sugli elementi nervosi, le lesioni neurofibrillari hanno una peculiare impronta, rispondente alla tumultuarità del decorso clinico della malattia. Nei preparati di corteccia cerebrale, cioè, occorre di vedere elementi quasi del tutto sani accanto ad altri, nei quali l'apparato neurofibrillare è in piena degenerazione granulare.

Non occorre però mai vedere cellule del tutto prive di neurofibrille, forse perchè sopravviene la morte, prima ancora che le lesioni neurofibrillari raggiungano il loro ultimo stadio.

Per ciò cha riguarda le modificazioni della colorabilità delle varie parti della cellula, il metodo di DONAGGIO ci ha fatto rilevare frequentemente nella corteccia cerebrale il reperto già noto, in seguito alle ricerche di DONAGGIO e FRAGNITO (1) della persistente colorazione del nucleo, il quale normalmente, col metodo DONAGGIO, dovrebbe restare incolore. Nelle figure 3 e 4 si vede difatti, che mentre l'apparato fibrillare presenta le alterazioni sopra descritte, il nucleo si mostra colorato diffusamente in violа. Per quanto avessimo prolungato la differenziazione in alcool, ed avessimo fatto anche ripetuti passaggi

---

(1) Lesioni del reticolo fibrillare endo-cellulare nelle cellule midollari per lo strappo dello sciatico e delle relative radici spinali — Atti del 12° Congresso della Società Freniatrica, Genova. 1905.

da questo in acqua distillata e viceversa, non siamo mai riusciti a decolorarlo. D'altra parte una prova della natura patologica del reperto l'abbiamo avuta nel fatto che, negli elementi che presentano integro l'apparato fibrillare, il nucleo si presenta decolorato. Ma la persistente colorazione non è il solo fatto patologico: in molti casi, come ad esempio nella figura 4, esso si presenta eccentrico e vescicoloso; mentre in altri il suo contorno si altera assumendo un aspetto sinuoso, frastagliato, moriforme come nella figura 5ª. In molte sezioni di corteccia cerebrale appartenenti ai casi V e VI (quelli tipici di delirio acuto) queste ultime lesioni nucleari erano frequentissime, mentre le neurofibrille si differenziavano nell'interno della cellula con estrema difficoltà e mostravano le più gravi alterazioni, erano cioè ridotte a frammenti informi conglutinati ed irregolarmente disposti.

I reperti soprariferiti, specie quelli di penetrazione di elementi nucleari nel corpo delle cellule corticali, più o meno profondamente alterate, sembra meritino un poco di cosiderazione. Non rifaremo la storia della tanto discussa e ormai tramontata neuronofagia, sia perchè troppo scarso ci sembra il nostro attuale contributo di fronte alla ricca messe di ricerche degli autori, che se ne sono occupati ex professo, sia sopratutto perchè i nostri reperti non confermano affatto le idee propugnate in principio dal Nissl e da Marinesco. Quest' ultimo (1), invero, in un suo recente lavoro, giunge a ripudiare la teoria da lui creata, negando alla nevroglia ogni proprietà fagocitaria, ed attribuendola esclusivamente alle cellule granulo-adipose di Nissl (Gitter-zellen). Non possiamo però non ricordare le interessanti ricerche sull'argomento di Esposito (2) e di Cerletti (3) che concorsero non poco alla demolizione della seducente teoria di Marinesco, sopratutto perchè ci sembra che qualche dato nuovo possa scaturire da un giusto esame dei nostri reperti.

Esposito insorge contro la teoria di Marinesco, fondandosi su tre ordini di fatti: 1° dichiara apparente e non reale la penetrazione nel corpo della cellula di elementi non nervosi e la attribuisce ad un

(1) Semaine Medicale — Marzo 1907.
(2) Manicomio Moderno — 1902 - 1903.
(3) Sulla neuronofagia e sopra alcuni rapporti normali e patologici fra elementi nervosi e non nervosi. Annali dell' Istit. Psich. dell' Un. di Roma — V. II 1902 - 1903.

errore di osservazione. Dai suoi reperti risulterebbe, con evidenza, che gli elementi nucleari sono situati semplicemente alla periferia della cellula nervosa: 2° Non trova poi nessuna corrispondenza tra la gravità delle lesioni cellulari e l'accumulo di elementi non nervosi. Questi esistono in grande numero intorno a cellule relativamente sane, mentre sono scarsi attorno a cellule molto lese.

3° Afferma da ultimo: « mai gli elementi che paiono intaccare il margine della cellula, o averne invaso il protoplasma, fanno vedere intorno a sè anche una minima zona di protoplasma più alterato o mostrante traccia di una distruzione in atto, che anzi esso è perfettamente uguale a tutta la rimanente massa, ove neuronofagi non esistono: manca cioè a noi qualunque criterio positivo obiettivo di una digestione intracellulare della sostanza che si osserva attorno al nucleo aggressore al posto del suo protoplasma non colorato: manca qualunque indice di attività distruggitrice dei presunti neuronofagi: nessun fatto reattivo di fronte a loro, della cellula circondata o invasa, nel caso che essa non sia già morta, e quel che più importa, nessuna modificazione di forma, di colorabilità, nessuna traccia di prodotti catabolici della distruzione dell'elemento nervoso ».

Quando si esaminino le figure delle tavole, annesse al pregevole lavoro di Esposito, non si può non riconoscere la esattezza delle considerazioni soprariferite, che scaturiscono dallo esame dei reperti raffigurati: i nostri, testè descritti, differiscono però da questi sensibilmente. Richiamiamo quindi alla mente le figure 1, 3, 9, 10 della nostra tavola. Da esse agevolmente si rivela: 1° che vi è spesso parallelismo tra la gravezza della lesione cellulare e l'abbondanza di elementi invasori; 2° che si tratta, in alcuni casi, di vera e propria penetrazione nel corpo della cellula lesa; 3° che talora, col metodo di Donaggio, attorno all'elemento invasore, vi è un alone chiaro, dovuto forse alla rarefazione o a modificazioni microchimiche del protoplasma cellulare, che si trova in immediato contatto coll'elemento invasore. 4° Dall'esame accurato del reperto della figura 10, risulta che gli elementi invasori possono assumere due aspetti; alcuni presentano una massa protoplasmatica più chiara con una o due masse cromatiche, altri invece presentano un protoplasma, cosparso di finissime granulazioni intensamente colorate in blù; sul contorno di questi ultimi si arriva a scorgere un sottile straterello di sostanza, il quale, come un alone concentrico, circonda l'elemento nucleare, e pare sia costituito a spese della sostanza protoplasmatica propria della cellula in via di distruzione: di-

fatti, in qualcuno dei nuclei, la continuità della sostanza dell'alone concentrico con quella propria della cellula può chiaramente vedersi.

Il primo dato, che pare scaturisca dall'esame dei nostri reperti del frequente parallelismo tra la gravezza della lesione cellulare e l'abbondanza di elementi migratori, non era sfuggito a qualcuno dei primi osservatori, che si occuparono della istologia patologica del delirio acuto.

Già Cristiani, coll'indurimento in liquido di *Müller* e colla colorazione col carminio alluminoso, aveva notato dilatazione degli spazii linfatici pericellulari ed infiltramento nucleare attorno alle cellule alterate, d'ordinario tanto più intenso, per quanto più le cellule si mostravano lese. Così egli si esprime testualmente: « Mentre attorno alle cellule, con cromatolisi iniziale, non si scorgono affatto o appena rari elementi rotondi, i quali non arrivano a penetrare dentro i corpi cellulari, quando invece la cromatolisi, o la degenerazione giallo-globulare è totale e completa, e più ancora quando la cellula è ridotta ad un informe ammasso granuloso, si scorgono e numerosissimi gli elementi rotondi, i quali penetrano negli spazii linfatici pericellulari, ove si annida raggrinzata la cellula e *ne invadono perfino il corpo cellulare* ». Ed anche così il secondo dato della penetrazione talora degli elementi nucleari nel corpo della cellula, su cui abbiamo sopra insistito, era stato da Cristiani di già osservato.

Per ciò che riguarda le altre particolarità morfologiche innanzi descritte, non possiamo non richiamare alla mente del lettore alcuni reperti ottenuti nella paralisi progressiva da Alzheimer (1). Se si esaminano le fig. 5, 3, 16 della tavola VII annessa al lavoro di quest'osservatore, si troveranno molti punti di contatto tra i suoi reperti e quelli testè da noi descritti.

Nelle fig. 1 e 6 descrive elementi di glia circondati da un sottile straterello di protoplasma, spesso granuloso, a forma di semiluna, che interpetra *come prodotti della distruzione della massa protoplasmatica delle cellule gangliari*. Nella fig. 2 descrive una cellula invasa largamente da nuclei di glia: è questo il reperto, che più si avvicina a quello descritto da noi nella fig. 10: la distruzione dell'elemento cellulare nel caso nostro sembra però più avanzata, e gli e-

(1) Histologische Studien zur Differenzialdiagnose der progressiven paralyse. Histol: und Histopathol: Arbeiten über die Grosshirnrinde. Erster Band 1904 Seite 66 und 69.

lementi nucleari pare siano penetrati più largamente e profondamente nel corpo cellulare in via di dissoluzione e *pare piglino una parte attiva a sbarazzare il campo dai residui protoplasmatici dell'elemento caduto irreparabilmente in necrosi.*

Tramontata e ripudiata, come abbiamo già innanzi detto, dallo stesso suo creatore, la neuronofagia, si è affacciato il problema della *fagocitosi* nello studio delle più svariate lesioni del tessuto nervoso.

Grazie alle importanti ricerche di Nissl e di Cerletti, si è riusciti a fare una netta distinzione di due categorie ben diverse di processi distruttivi del sistema nervoso. In una prima categoria bisogna includere tutte quelle malattie, le quali menano alla distruzione di singoli elementi nervosi: ad una seconda categoria bisogna assegnare tutti i processi patologici, nei quali si ha distruzione *in toto* del tessuto nervoso, come nell'emoraggia, nei rammollimenti, in tutte le lesioni traumatiche del tessuto nervoso. In questo secondo caso, a sbarazzare il campo da tutti i detriti delle cellule nervose e di tutti gli altri elementi costituenti il tessuto, caduto in necrosi, intervengono elementi migranti connettivali dai vasi; ed alle cellule *granulo-adipose (gitter-zellen)* si assegna oggidì un vero potere fagocitario. Nelle lesioni del tessuto nervoso della 1.ª categoria, non ancora si è riusciti ad osservare fatti di vero *fagocitismo*. Cerletti, escludendo la neuronofagia, ammette che parallelamente ad una grave alterazione delle cellule nervose, si manifestino modificazioni progressive negli elementi nevroglici circostanti, i quali, quando la cellula nervosa è scomparsa, colmano la cavità da essa precedentemente occupata. Egli nota però che sono ancora da indagarsi i processi di *neuronolisi,* vale a dire le modalità per cui i residui delle cellule nervose morte scompaiono definitivamente. Ed un barlume di luce a noi pare incominci ad apparire in seguito ai reperti precitati di Alzheimer e quelli nostri, forse anche più dimostrativi.

Alzheimer, pur ammettendo che gli elementi mobili di glia possano contenere granuli cromatici, detriti cellulari in genere, non si mostra convinto che essi elementi siano dei veri e propri fagociti del tessuto nervoso morto. Del loro accumulo sorprendente negli spazi pericellulari, e persino della loro penetrazione nell' interno del corpo delle cellule in via di disfacimento, egli trova una spiegazione del tutto meccanica. Gli elementi di glia si affollano negli spazi pericellulari, lasciati liberi dal progressivo raggrinzamento degli elementi cellulari, che cadono in necrosi.

Contro una tale interpretazione del tutto meccanica dei reperti sia di ALZHEIMER che nostri a noi pare stia un dato di osservazione. Quale significato possiamo noi attribuire ai piccoli accumuli di sostanstanza protoplasmatica, che si dispone a semiluna, o concentricamente attorno agli elementi nucleari e che sono da interpretarsi come prodotti di distruzione delle cellule nervose? È anche esso un orientarsi dei detriti cellulari puramente accidentale e meccanico? O pare debbono questi dati farci pensare ad un vero processo di fagocitosi e riconoscere agli elementi di glia proliferati ed immigrati nei corpi cellulari una vera attività fagocitaria, per cui nelle lesioni nervose della 1.ª categoria, sopra citata, sono essi i fagociti, come lo sono le cellule granulo-adipose nelle lesioni della seconda categoria?

Non è facile rispondere, ed in una maniera definitiva, a queste domande. Noi, in base ai nostri reperti e a quelli di ALZHEIMER, siamo proclivi ad andare un pochino più oltre della semplice interpretazione meccanica. Ma anche a restare in questo ultimo ordine di idee, può negarsi, che sia pure per semplice azione meccanica, gli elementi immigrati di glia concorrano alla dissoluzione della sostanza protoplasmatica dell'elemento già da tempo morto, a sbarazzare cioè il campo dai possibili detriti? A noi pare adunque, che, se anche si vuole ancora essere guardinghi nell'attribuire un potere fagocitario agli elementi di glia immigrati, non si può negare loro in generale una parte importante nei processi di *neuronolisi*. Se non si hanno ancora gli elementi per parlare di una vera digestione dei detriti cellulari, non si può negare l'orientamento di questi attorno ai nuclei nevroglici.

Il metodo di *Weigert* per la nevroglia nella corteccia cerebrale, mentre non ci ha messo in rilievo un sensibile aumento delle fibrille ci ha rilevato una sorprendente proliferazione di nuclei nevroglici. Questi si affollano negli spazi pericellulari e pare stiano lì in vedetta per seguire le sorti dell'elemento nervoso. Non appena questi ha perduto ogni vitalità, appena i contorni cellulari incominciano a presentare soluzioni di continuo, lo stringono più dappresso, sino a che non irrompono addirittura dentro la cellula, come si può rilevare agevolmente dalla fig. 10 della tavola da noi qui analizzata.

MIDOLLO SPINALE

Le lesioni della midolla spinale rilevate col metodo di NISSL non differiscono essenzialmente da quelle riscontrate nella corteccia cere-

brale. Possiamo in generale dire che vi è solo diversità di gravezza del processo degenerativo cellulare. Molte cellule del corno anteriore presentano lesioni più o meno gravi della sostanza cromatica, con deformità del corpo cellulare, nucleo vescicoloso ed eccentrico. In nessun elemento però abbiamo noi potuto sorprendere erosione dei margini, distruzione cioè della sostanza acromatica cellulare. Le lesioni più gravi le abbiamo trovate nelle cellule del corno posteriore, sia del rigonfiamento cervicale che del rigonfiamento lombare. Costantemente nelle osservazioni V e VI noi abbiamo trovato aggruppamenti di cellule con cromatolisi diffusa, col corpo cellulare molto rigonfio e col nucleo eccentrico e vescicoloso.

Le lesioni, che il metodo neurofibrillare di Donaggio ci ha fatte rilevare, non differiscono da quelle descritte nelle cellule della corteccia. Mentre in un grande numero di elementi la rete intracellulare fibrillare si presenta di aspetto normale, in altri, come nella cellula della figura 5, essa lascia scorgere delle lesioni più o meno gravi. Vi sono zone, nelle quali le maglie son fatte di fibrille colpite da degenerazione granulare. Parallelamente alle lesioni del reticolo, incominciano ad apparire lesioni nucleari. Per quanto si spinga oltre la differenziazione con tutti i mezzi supplementari suggeriti da Donaggio, non si arriva mai ad ottenere che il nucleo si scolori completamente in questi elementi, così come accade in quelli con integrità completa dell'apparato reticolare: di più spesso, come nella figura 5 si rileva, il suo contorno comincia ad alterarsi, diventa sinuoso, frastagliato, moriforme. Negli elementi, nei quali la rete intracellulare è solo parzialmente lesa, non si vede quasi mai un grande accumulo di pigmento. Accade però che le maglie presentino di tanto in tanto delle discontinuità, là dove esso è più abbondante. Negli elementi invece che presentano lesioni reticolari più diffuse, tutta la massa protoplasmatica è cosparsa di zolle pigmentarie, le quali si accumulano tra le maglie della rete, le quali presentano una degenerazione granulare più avanzata e generale come nella figura 8. Come nella corteccia, così anche nella midolla spinale, i singoli granuli risultanti dalla disintegrazione fibrillare non sono mai irregolarmente sparsi per la massa protoplasmatica, ma invece restano regolarmente asseriati gli uni accanto gli altri, per modo che la continuità delle neurofibrille, a piccolo ingrandimento, sembra conservata. Qualche volta però si vedono elementi, come nella figura 6, nei quali tutto il corpo cellulare è occupato da un vasto cumulo di pigmento giallo - globulare e solo i margini e i prolun-

gamenti mostrano scarse e rare neurofibrille: si possono talora scorgere piccoli fascetti esili, passanti come ponti da un polo all'altro della cellula; sono le ultime fibrille che resistono all'enorme accumulo di pigmento giallo-globulare. Si può concludere che in generale i prolungamenti lasciano vedere ancora neurofibrille, sufficientemente integre, anche quando il corpo cellulare se ne mostri sprovvisto. Non mancano però reperti (vedi fig. 7) nei quali, mentre la rete intracellulare presenta degenerazione granulare piuttosto avanzata, esistono lesioni neurofibrillari gravi anche nei prolungamenti, sino alla scomparsa, verso il cono di origine dei prolungamenti stessi.

Il dato che ci preme far rilevare è che nella midolla spinale, nonostante le gravi lesioni neurofibrillari e della sostanza cromatica, attorno agli elementi nervosi non si vedono mai infiltramenti nucleari così come nella corteccia: nè tampoco occorrono mai reperti di penetrazione nel corpo delle cellule di elementi di glia, il che prova che questi reperti sono esclusivi della corteccia cerebrale, in cui le lesioni cellulari sono molto più gravi.

Corteccia cerebellare

Le lesioni della corteccia cerebellare sono di gran lunga più lievi di quelle della corteccia cerebrale e della midolla spinale. Dei metodi neurofibrillari, quello di Cajal ci ha dato i migliori risultati. Nessun' alterazione abbiamo potuto rilevare sia delle fibre costituenti i plessi pericellulari, sia delle fibrille dei prolungamenti delle cellule di Purkinje, tanto dentriti che assoni. Per ciò che riguarda l' apparato endocellulare, data la esperienza del metodo di Cajal, non ci sentiamo sufficientemente autorizzati a parlare di lesioni neurofibrillari, nei casi nei quali le reti o non erano bene differenziate o si avevano imagini di aggrovigliamento od addensamento delle fibrille. D'ordinario nelle cellule di Purkinje la differenziazione delle fibrille endocellulari è molto più difficile che nella corteccia cerebrale, epperò siamo portati a non assegnare gran valore ai reperti di affastellamento ed addensamento delle fibrille. Di certo lesioni interessanti la costituzione intima di queste non siamo mai riusciti a metterne in evidenza, nè nei prolungamenti, nè nel corpo cellulare; come del pari mai ci sono occorse lesioni da parte del nucleo delle cellule. I dentriti presentavano una ricchezza di ramificazioni collaterali lussureggianti, di più, lungo il loro decorso noi abbiamo potuto sorprendere numerose

terminazioni nervose così come sono state descritte da CAJAL nelle sue pubblicazioni e su cui insiste nella sua recente nota di risposta ad APATHY (1). Noi ci siamo dispensati dal raffigurare i nostri reperti, perchè del tutto identici a quelli della figura 7 pagina 45 del lavoro di CAJAL; vale a dire addossati ai prolungamenti della cellula si vedono sottili fibrille, che si terminano con una piccola massa chiara ovoidale rifrangente. Una sola volta, nei numerosi preparati fatti col metodo di CAJAL, ci è occorso di vedere il cilindrasse di una cellula di PURKINJE terminarsi con un rigonfiamento piriforme: reperto analogo a quello ottenuto da SCIUTI e raffigurato nella tavola VII figura 33 dell' importante lavoro sopracitato.

Egli non potette stabilire con chiarezza la connessione del rigonfiamento piriforme col cilindrasse della cellula. Nel nostro reperto tale rapporto ci parve della massima evidenza. Sul significato di tali formazioni terminali fra non molto torneremo, a proposito dei reperti analoghi ottenuti nei gangli spinali.

GANGLI SPINALI

Le lesioni da noi rilevate coi diversi metodi nei gangli spinali sono altrettanto lievi che quelle della corteccia cerebellare. Il metodo di NISSL mette in evidenza alterazioni della sostanza cromatica. Accanto ad elementi, in cui la sostanza tigroide è ben conservata, se ne vedono altri colpiti da cromatolisi, sempre però limitata o alla periferia della cellula e alla zona perinucleare. Data la minore intensità, non siamo portati ad attribuire a queste lesioni lo stesso valore delle alterazioni corticali, anche perchè nei gangli spinali sono oramai descritti tipi di cellule, varii a seconda della disposizione, della ricchezza maggiore o minore della sostanza cromatica; nei singoli casi patologici, quando non si sia di fronte a lesioni estese ed intense, i reperti devono essere accolti con una certa riserva. Lo stesso dicasi per i rapporti tra cellule e nuclei delle capsule. Molti elementi presentano non solo lesioni della sostanza cromatica, ma hanno aspetto atrofico e sono stretti quasi in mezzo ad una cerchia di nuclei capsulari ipertrofici. Noi abbiamo potuto seguire varii

(1) L'hypotése de la continuité d'Apathy. Travaux du Laboratoire de recherches biologiques de l'Université de Madrid. Tome VI. Fasc: 1 — 2. Iuin — 1908.

gradi di questa atrofia progressiva delle cellule dei gangli, sino al punto che dell'elemento non restava che un piccolissimo accumulo informe centrale, mentre tutto il resto dell'antico corpo cellulare era occupato da numerosi elementi capsulari. Abbiamo qui potuto in altri termini costatare la esattezza delle vedute in proposito di CERLETTI: cotemporaneamente e parallelamente alle lesioni dell'elemento nervoso si iperplasizzano i nuclei nevroglici, per colmare il vuoto lasciato dalla cellula. Il reperto qui è sensibilmente differente da quello già descritto nella corteccia cerebrale. Lì abbiamo parlato di invasione rapida e tumultuaria, qui sembra si tratti di graduale e lenta sostituzione del tessuto nevroglico a quello nervoso in via di disfacimento. Ci pare superfluo anche ricordare che l'aspetto dei nuclei nevroglici capsulari è affatto differente da quello degli elementi immigrati di glia della corteccia cerebrale. È agevole quindi intendere come ai cennati reperti dei gangli spinali non possiamo attribuire lo stesso valore di quelli della corteccia cerebrale. In seguito alle ricerche di CAJAL stesso, di SCIUTI, di OTTORINO ROSSI, è ormai assodato che nei gangli spinali sono costanti e diremo quasi fisiologici i reperti di cellule atrofiche senili, con nuclei capsulari iperplastici. Tutto al più potremmo dire, non senza una certa riserva, che gli agenti tosso-infettivi specifici del delirio acuto forse accelerano il ciclo involutivo di questi elementi la cui vitalità era gia fortemente compromessa.

Col metodo CAJAL nei gangli spinali ci sono occorsi frequentemente reperti di masse terminali o bolas già descritte da CAIAL stesso, NAGEOTTE (1), da SCIUTI (2), e da O. ROSSI (3).

Le abbiamo trovate il più delle volte all'estremo libero di alcune esili fibre, che si distaccavano dalla porzione intracapsulare del glomerulo del cilindrasse delle cellule del primo tipo di CAJAL. Più raramente ne abbiamo trovate tra le fibre nervose intragangliari, non oltre i limiti della sostanza grigia del ganglio. Non ci soffermiamo a descriverle trattandosi di formazioni ormai ben note e che non

(1) Régéuération collatérale des fibres nerveuses etc. Nouvelle Iconographie de la Salpétrière — 1906 N. 3.

(2) Loco citato pag. 34, 39, 35.

(3) Ueber einige morphologische Besonderheiten der Spinalganglien bei den Saügethieren. Bemerkungen über die sogennante Collateralregeneration — Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. XI — H. 1 - 2, 1908.

differiscono affatto da quelle già da noi descritte nella midolla di embrioni di vitello (1).

Nageotte, che ha studiato simili formazioni nella tabe dorsale, vorrebbe assegnar loro un significato analogo a quello che Caial dà alle masse di accrescimento dei nervi periferici in via di rigenerazione e arriva così a formulare la sua ipotesi della rigenerazione collaterale, ritenendo che simili masse siano l'esponente di una attività rigenerativa. Sciuti, pur non pronunziandosi in una maniera definitiva sull'argomento, mostrasi poco propenso ad accettare le vedute di Nageotte; O. Rossi d'altra parte, osserva innanzi tutto che non è sufficientemente dimostrato che le fibre terminantisi con un rigonfiamento ed esistenti nelle cicatrici dei nervi, debbansi considerare come l'esponente di un'attività rigenerativa; ricorda di avere descritto la comparsa precoce di simili formazioni nei gangli di molti animali ed afferma che dalle sue osservazioni risulta che queste fibre terminantisi con un un rigonfiamento sono frequenti in soggetti giovani e vecchi, morti in seguito alle più svariate malattie ed il più delle volte sono in connessione con cellule profondamente alterate. In base a tutti questi dati egli giudica che la rigenerazione collaterale di Nageotte rappresenti un'ipotesi ingegnosa sì, in contrasto però con molti dati di anatomia normale, patologica e comparata. Noi potremmo aggiungere, per conto nostro, anche di embriologia.

Nel sopracitato nostro lavoro abbiamo richiamato l'attenzione sulla presenza di alcune formazioni fusoidi messe in rilievo, col metodo Donaggio, negli embrioni di vitello di 15, 25, 29, 36, 47 centimetri, vale a dire su alcuni rigonfiamenti più o meno grandi a seconda dell'età dell'embrione, esistenti nel corso di fibre nervose. E ci è parso di avere sufficientemente dimostrato che simili rigonfiamenti traggono origine dalla persistenza e successivo accrescimento di uno dei tanti piccoli rigonfiamenti multipli, che normalmente occorre di vedere nei giovani assoni, che sono destinati a scomparire, coll' ulteriore evoluzione della fibra. Abbiamo seguito in tutta la serie embriologica detti rigonfiamenti, ed abbiamo costatato che, mano mano che essi diventano più voluminosi, incominciano a notarsi spiccati fenomeni regressivi nel prolungamento distale del fuso, sino alla sua scomparsa totale.

(1) Di alcune anomalie di sviluppo delle fibre nervose centrali « Il Manicomio » anno XXIII. N. 1.

Si perviene così alle note formazioni a clava o *maza* di CAIAL, che, secondo noi, tutt'altro che l'esponente di un'attività rigenerativa sono invece da considerarsi come il risultato ultimo di un processo regressivo, involutivo. Ora è innegabile la perfetta rassomiglianza delle formazioni a maza embrionali, aventi la origine testè descritta, con quelle, che occorrono nei reperti di gangli spinali, di midolla spinale e di cervelletto di persone adulte, e quando si tengono presenti i dati di osservazione di ROSSI, di LEVI e si armonizzino coi nostri a noi sembra di avere dati sufficienti per non accettare la ipotesi di NAGEOTTE e di attribuire alle formazioni in parola piuttosto il valore di elementi in via di regressione. Del resto lo stesso CAJAL (1) in una pubblicazione successiva alla nostra, nella quale riferisce i risultati di alcune sue ricerche sperimentali, in cui produceva delle soluzioni di continuo nei cilindrassi, promananti dalle cellule piramidali e dalle cellule di PURKINJE, descrive delle formazioni a clava identiche a quelle di cui ci occupiamo ed incomincia ad essere esitante se attribuir loro un valore degenerativo o rigenerativo. Ecco come si esprime testualmente (pag. 111): « Il n'est pas très rare de trouver des cylindres-axes dèpourvus de segment moniliforme et se terminant tout simplement au moyen d'un bouton sphèroïdal olivaire ou fusiforme, souvent plus faiblement colorè que la fibre nerveuse. Enfin, dans quelque cas, du bouton terminal èmane encore un filament exstrèmemente pâle et délicat dont la termination c' est impossible de préciser ; ce fil mince, en vie de réabsorption nous révèle très probablement le mècanisme en vertu du quel se produisent les fragmentations des axons. » Pare adunque che il sommo istologo di Madrid non sia molto lontano dall'accettare il meccanismo da noi descritto per poter spiegare il passaggio dalle formazioni fusoidi a quelle a *maza*.

NERVI PERIFERICI E RADICI SPINALI.

I nervi periferici e le radici non sono stati oggetto di studio in tutti i casi. Solo nelle osservazioni 4 e 5 i nervi mediano, cubitale, sciatico, oculomotore comune e trigemino sono stati trattati col metodo

(1) Note sur la dégénérescence traumatique des fibres nerveuses du cervelet et du cerveau.
Travaux du Laboratoire de recherches biologiques de l' Université de Madrid. Tome V. fasc. 3. Juillet 1907.

neurofibrillare di CAJAL e col metodo di VAN GIESON previo indurimento in liquido di MÜLLER. L'esame di molti preparati ci ha fatto rilevare nei nervi periferici lesioni notevoli a carico della mielina e dei cilindrassi. Questi ultimi col metodo CAJAL, mentre in alcune fibre si presentavano lisci, uniformi, di aspetto cioè normale, in altre, ora si presentavano più pallidamente colorati ora come rigonfi e talora ancora spezzettati o con aspetto granuloso. In corrispondenza delle lesioni del cilindrasse la colorazione alla VAN GIESON lascia notare lesioni della mielina, spesso ridotta ad accumuli irregolari di varia dimensione disposti irregolarmente, nei punti dove i cilindrassi erano più lesi. Non ci è riuscito mai di mettere in evidenza lesioni delle guaine SCHWANN. D'ordinario abbiamo trovato note di nevrite parenchimale sempre più gravi nei singoli rami dei nervi, anzichè nei grossi tronchi nervosi. Per ciò che riguarda le radici anteriori e posteriori, i metodi di colorazione usati non ci hanno messso in rilievo alterazioni degne di nota.

Reperti istologici del II gruppo.

Dopo la descrizione dei reperti del 1 gruppo, questa del secondo riesce più agevole e semplice. Nei due casi di delirio infettivo pneumonico e nel caso di delirio setticemico puerperale noi non abbiamo trovato le gravi lesioni corticali e midollari, che abbiamo testè descritte nei tre casi di delirio acuto.

Il metodo di NISSL ci ha fatto rilevare nelle piccole, medie, e più raramente grandi piramidali, lesioni più o meno estese della sostanza cromatica; i corpi di NISSL si mostrano difatti alterati ora alla periferia della cellula ora a livello della zona perinucleare; anche qui frequentemente ci è occorso il reperto di cellule piramidali in uno stato di rigonfiamento torbido col nucleo vescicoloso, eccentrico, talora deformato. Non ci sono mai occorsi reperti di cellule in uno stato di avanzato disfacimento della sostanza acromatica, come nei reperti del 1° gruppo, raffigurati nelle figure 9 e 10 della tavola. Conseguentemente l'accumulo di elementi nucleari attorno agli elementi nervosi lesi è in questi reperti del secondo gruppo molto meno frequente ed intenso; e giammai abbiamo potuto costatare una vera penetrazione di elementi non nervosi nella massa protoplasmatica degli elementi cellulari. Essi si addensano e talora si addossano al corpo della cellula, la quale non mostra affatto, nelle zolle protoplasmatiche in più intimo

contatto, modificazioni di sorta; vale a dire rarefazione od anche semplice colorazione meno intensa. Solo qualche rara volta nella zona rolandica dell' inferma della osservaz: III, morta di delirio setticemico puerperale, abbiamo avuto qualche reperto, che si avvicinava a quello della fig. 9, ed in cui forse si poteva parlare di penetrazione nel corpo cellulare di elementi non nervosi. D'ordinario in questo caso le lesioni della sostanza cromatica erano alquanto più intense che nei due casi di delirio pneumonico. Come nei reperti del primo gruppo, noi non abbiamo potuto anche qui costatare sensibili differenze delle lesioni in rapporto alle varie zone corticali.

I metodi neurofibrillari di Donaggio e di Cajal, parallelamente alla minore intensità delle lesioni rivelate dal metodo di Nissl, non ci hanno fatto scoprire lesioni apprezzabili dell' apparato neurofibrillare. Sopratutto dell'osservazione prima, ancora dopo un anno e mezzo, conserviamo preparati col metodo Donaggio, nei quali la rete neurofibrillare è sufficientemente bene differenziata e non presenta alterazioni di sorta. Nè i cilindrassi nè i prolungamenti protoplasmatici, che a volta a volta, nei preparati del primo gruppo, lasciavano scorgere spezzettamento neuro-fibrillare, si mostrano qui menomamente lesi. Il metodo Cajal mostra nei diversi strati della corteccia una ricchezza di plessi di fibre nervose, la quale non sembra affatto inferiore a quella normale; nè alterazione alcuna lascia a rilevare nei cilindrassi della sostanza bianca midollare. Costantemente col metodo Donaggio il nucleo resta scolorato così come suole accadere nel tessuto sano. Per ciò che riguarda l'accumulo di elementi non nervosi nelle immediate vicinanze delle cellule, questo metodo conferma perfettamente i dati messi in rilievo col metodo Nissl. La midolla spinale ed i gangli spinali non lasciano osservare che semplicemente un lieve aumento di pigmento, senza alcuna lesione acuta, e con integrità dell'apparato fibrillare. Nella corteccia cerebellare non abbiamo rilevato lesioni degne di nota. I nervi periferici in questi due casi non sono stati da noi osservati.

Conclusioni.

Dalla succinta descrizione che abbiamo fatta dei nostri reperti pare risulti confermato, con sufficiente chiarezza, l'antico concetto, già da tempo espresso da Donaggio, della notevole resistenza dell'apparato neurofibrillare ai varii agenti patogeni. Noi abbiamo descritto reperti

di degenerazione granulare delle fibrille nei casi genuini di delirio acuto, ma abbiamo più volte insistito sul fatto che non tutti gli elementi nervosi si presentano così lesi, ed in quelli che presentano alterazioni sensibili, queste non sono estese a tutto l'apparato fibrillare endocellulare. Dando uno sguardo fugace alla letteratura della patologia delle neurofibrille, noi troviamo che i reperti ottenuti da CAJAL (1) nella infezione rabbica rassomigliano alquanto ai nostri; egli trovò di fatti vacuoli superficiali, pallore e stato granuloso del reticolo, disgregazione del protoplasma, lateralizzazione del nucleo ecc., lesioni tutte da noi riscontrate e descritte nel delirio acuto.

Nei due casi di delirio infettivo pneumonico e nel caso di delirio setticemico puerperale nessuna lesione grave neurofibrillare é stata da noi constatata. Questo ci sembra un dato importante, che mentre conferma ancora più il concetto della resistenza delle neurofibrille agli agenti patogeni, mostra anche che, come in clinica, è possibile distinguere sindromi, che hanno molteplici punti di contatto, così all' esame istopatologico, utilizzando tutti i metodi d'indagine, si arrivano a scoprire reperti diversi a seconda delle varie entità cliniche. Il delirio acuto a noi sembra abbia un sostrato istopatologico ben netto e definito da quello dei deliri infettivi in genere. Le lesioni della corteccia cerebrale sono di una estrema gravezza: un grande numero di cellule cade rapidamente in necrosi e a sbarazzare il campo dai loro detriti intervengono elementi di natura nevroglica.

BIANCHI e PICCININO dalle loro prime ricerche sulla patogenesi del delirio acuto traevano la seguente conlusione. « Esiste una forma di delirio acuto che si sviluppa quasi sempre in individui ereditariamente predisposti, e decorre come una malattia da infezione grave, tossica con una fisonomia tutta propria e con un quadro clinico quasi uniforme, in cui dal principio alla fine non si nota né sorprende inframettenza di sintomi di nessun' altra malattia mentale, e solo qualche volta di quelli di qualche complicanza somatica, sicuramente secondaria alla primitiva infezione. Questa figura clinica non va confusa con nessun'altra ». Il complesso dei dati istopatologici rilevati da noi in queste ricerche pare armonizzi con questo concetto formulato di già da più di due lustri dai soprannominati autori. Non solo al vero delirio acuto corrisponde un reperto istopatologico differente per intensità, estensione e diffusione delle lesioni a tutto l'asse cerebro spinale, nettamente differenziabile da quello degli altri deliri infettivi, nei quali il sistema nervoso è solo in secondo tempo leso, quand'anche detto reperto è,

iu tutti i casi veri e genuini, di una uniformità rispondente a quella della sindrome clinica.

Solo nella osserv: III di delirio setticemico puerperale noi abbiamo trovato lesioni nelle cellule corticali (rigonfiamento torbido, cromatolisi diffusa, erosione dei margini cellulari ecc. . . invasione piuttosto intensa da parte delle cellule nevrogliche) le quali si avvicinavano per gravezza a quelle riscontrate nei tre casi genuini di delirio acuto. Questo fatto è spiegabilissimo, quando si consideri che il delirio acuto, secondo le vedute più moderne (BIANCHI e PICCININI) non è che una setticemia specifica. Nella osserv: III al tavolo anatomico non riscontrammo nessuna lesione importante degli organi interni: si ebbe un reperto molto affine a quello del delirio acuto genuino e le lesioni istologiche all'esame microscopico presentavano conseguentemente molti punti di contatto con quelle del delirio acuto, differenziandosene però per la loro gravezza e per l'assenza di alcuni reperti specifici.

Contrariamente alle vedute di ANGLADE, che ammette nel delirio acuto una lesione primitiva nevroglica e vasale, e d'accordo con CRISTIANI ed ALESSI, noi riteniamo che il sostrato istopatologico del delirio acuto sia costituito da una lesione primitiva, grave, diffusa e rapidissima delle cellule nervose di tutto l'asse cerebro spinale, sotto l'azione degli agenti tosso-infettivi specifici. La midolla spinale però con la corteccia cerebellare, i gangli spinali e i nervi periferici risentono meno dell'azione deleteria degli agenti infettivi. La lesione è prevalentemente corticale. Secondariamente alle lesioni delle cellule della corteccia si hanno lesioni vasali (iperemia più o meno intensa con infiltramento lieve delle guaine perivasali).

La nevroglia reagisce, in secondo tempo, mediante un processo di proliferazione dei così detti elementi mobili, i quali, come abbiamo innanzi esposto, si affollano negli spazi pericellulari e, quando le cellule presentano lesioni gravi ed irreparabili, le invadono e concorrono, coll'orientamento dei residui protoplasmatici, dei detriti attorno ad essi, a sbarazzare il tessuto di tutti gli elementi morti. Essi prendono così una parte attivissima nei processi di *neuronolisi*.

BIBLIOGRAFIE

E. Morselli — Psicologia e Spiritismo. *Torino. F.lli Bocca 1908.*

Sullo scorcio dell'anno 1896 e principii del successivo, in seguito a gravissima sventura domestica, alcuni miei ottimi amici e colleghi di Napoli ottennero da Eusapia Paladino il consenso di prestarsi a qualche seduta spiritica in casa di uno di loro, e colla espressa condizione che fossi io al controllo insieme ad un capitano medico della R.a Marina. Gli amici, come si comprende di leggieri, ebbero lo scopo di calmare il mio profondo dolore nel farmi assistere a fenomeni meravigliosi, nella speranza che ne uscissi spiritista convinto e sicuro così di dovere un giorno rivedere Colei, che aveva formato per pochi anni la dolcezza della mia esistenza.

Ringrazio ancora quei buoni, che tante cure ebbero di me in quella congiuntura, senza discutere il mezzo da essi scelto per raggiungere lo scopo, che si eran prefisso; e li ringrazio anche perchè mi porsero l'opportunità di conoscere la Eusapia, studiarla dal lato psichico e controllare tutti i fenomeni da lei prodotti in cinque o sei sedute, chè tante ne furono. E da quell'epoca lessi con vivo interessamento quanto si andava pubblicando sull'argomento, restando sempre poco o niente soddisfatto di tutto, giacchè m'imbattevo o in spiritisti puri o in positivisti feroci, intransigenti; e gli uni come gli altri non ho trovati adatti allo studio sereno ed obbiettivo di una questione così importante, e la cui soluzione potrebbe portarci allo scoprimento di nuove energie biopsichiche, conoscerne le leggi, governarle ed asservirle a noi, come facciamo dell'elettricità, dei raggi X, della radioattività, e via.

Senza essere uno psicologo, nel senso stretto della parola, ma un semplice cultore di psichiatria, se non fossi stato, per ragioni personali, distolto da studii troppo intensi e di meditazione, avrei pubblicato un fedele resoconto di quelle sedute e di altre tenute in seguito con altri medium, ed avrei espresso qualche mio giudizio, dichiarandomi antispiritista, senza negare la verità di alcuni, anzi della massima parte dei fenomeni medianici.

Ma a che sarebbe valsa la mia debole parola, se, per aver detto qualcosa ad alcuni giovani colleghi alienisti, fui da essi quasi deriso?

Non si ammetteva che si potesse perdere del tempo con simili sciocchezze!

Ho voluto premettere queste brevi considerazioni non per parlare di me o dei fatti miei, ma per dire quanto fosse importante che un atleta della psichiatria e della psicologia italiana si occupasse di tale materia, per mettere le cose a posto ed indirizzare altri scienziati alla ricerca della verità. Questo atleta, questo geniale scienziato, il MORSELLI, non ha sdegnato di far parte di un circolo di osservatori per aver molte sedute colla Eusapia, in due tempi diversi, e sottoporre il così detto spiritismo alla serena ed acuta sua osservazione.

L'opera del MORSELLI consta di due grossi volumi di oltre 500 pagine ciascuno, e la Scienza vi è profusa, e signorilmente profusa, come dice l'Egregio mio collega LENER, perchè, oltre le vedute generali, le grandi pennellate, l' A. nel riferire i fatti a misura che si presentavano all'osservazione, ne fa una sottile e fine critica volta per volta, e di ognuno, e di ogni particolare; e le interpetrazioni psicologiche di' essi, benchè per loro natura ipotetiche, sono condotte con rigore scientifico e con tale acume da imporsi. La Scienza, non c'è che dire, deve sempre ed in tutto intervenire senza preconcetti, sperimentando!

Nè mi sembra, me lo conceda il Maestro, che l'opera sua non accontenti nè i positivisti, nè gli spiritisti: sanno i primi quanto valore abbia ora l'indagine psicologica, specie nelle mani di certi grandi, e che è positiva appunto perchè fondata su l'osservazione e lo sperimento; ammirano i secondi la grande lealtà ed obbiettività dell' A. che, pure scartando l'ipotesi spiritica, non nega i fenomeni medianici.

Chi legge il libro del MORSELLI, può esser sicuro di sapere tutto quel che si è scritto intorno allo spiritismo con un relativo cenno critico dei varii autori, e di acquistare cognizioni esatte dei fenomeni tutti prodotti della omai celebre medium napoletana e delle varie ipotesi fatte per la loro spiegazione.

L'A. entrò antispiritista in questi studii e tale ne esce, ritenendo doversi tutto ridurre allo sprigionamento di un' energia psichica, che dev'essere ancora e lungamente studiata.

Niente dunque inconoscibile, e certo, seguendo la via indicata dal MORSELLI, l'ignoto dell'oggi sarà il noto del domani.

Fronda

Dott. Francesco Cascella — IL BRIGANTAGGIO — *Ricerche sociologiche ed antropologiche. Con prefazione di Cesare Lombroso.*

Presentato dal Maestro, il bel libro del Dott. CASCELLA, ha avuto, in pochissimo tempo, una rapida ed assai lusinghiera diffusione.

Il volume, che dimostra nell' A. rare attitudini alle ricerche storico - sociali ed antropologiche, esordisce con uno studio assai accurato sulla evoluzione storica del « Brigantaggio » dalle primitive società, attraverso l' Evo - medio, fino ai più recenti tempi borbonici, quando cioè la piaga fu rigogliosa per la protezione del governo e divenne quasi endemica nelle Puglie, in Terra di Lavoro, e nelle altre Provincie.

Studia poi l'A. i fattori biologici del brigantaggio, la costituzione organica dei briganti, il fattore mesologico che preparò o riuscì a stabilire in essi le criminose tendenze, la loro costituzione psichica, la speciale organizzazione, la educazione, la loro condizione sociale, politica ed economica, rivelando, in tutte queste complesse e pazienti ricerche, la fibra di osservatore, e, quel che più giova, assai modesto.

Perchè il Dott. CASCELLA, pur avendo molto lavorato attorno a questo suo libro, non si è fatto battere una *rèclame* clamorosa, nè è andato in cerca di grandi editori; l' una e l' altra cosa servono oggimai a portare sul mercato librario, lavori talvolta inutili, spesso nascondenti un evidente plagio — Però la modestia della veste e la mancanza quasi di ogni annunzio, anche su per i giornali scientifici, nulla tolgono ai pregi non rari del lavoro del CASCELLA, il quale si rivela studioso e sicuro conoscitore delle discipline antropologiche e di sociologia criminale: e affidando, come ha fatto, il suo libro al giudizio dei cultori della materia, ha altresì mostrato di poter valutare le proprie attitudini alla paziente ricerca di usi e costumi, che oramai la civiltà ha da tempo sorpassati, nel senso cioè che ne ha rese più moderne ed evolute la forma e le manifestazioni.

Ed il giudizio è questo: CESARE LOMBROSO, con molta opportunità affidò il suo nome glorioso alla prefazione del libro; il CASCELLA lo ha meritato, anche perchè la lode, non facile, del Maestro è viatico sicuro e promettente di ottima carriera scientifica; la quale, di tutto cuore bisogna augurare al Dott. CASCELLA, che col lavoro sul « Brigantaggio » mostra di avere il passo sicuro in quella che LOMBROSO, nella prefazione chiama: la difficile via.

Lener.

Dott. Marie — L'AUDIZIONE MORBOSA. *1 Vol. in 16 — Libreria Blond e C.*

I disturbi auditivi sono divisi in modo generale, dal Dott. A. MARIE in *ipoacusia* ed *iperacusia*. Questi disturbi sono d'origine periferica o centrale, più particolarmente fisiologici o psicologici; essi sono o meno concomitanti con i diversi stati morbosi delle fibre di conduzione.

I disturbi d' insufficienza sono sopratutto studiati sperimentalmente dall'A. presso gli Idioti e gl' insufficienti psichici. I disturbi per eccesso sono piuttosto disacusie che iperacusie propriamente dette. Del resto i fenomeni generalmente descritti sotto il titolo di iperacusia « *non consistono in una sensibilità più squisita dei sensi, ma in una reazione esagerata dopo eccitamenti grossolani raccolti da elementi ricevitori periferici normali* ».

Signora Lubomirska — I PREGIUDIZII SULLA PAZZIA — *(1 Vol. in 16 della Biblioteca di Psicologia Sperimentale* — Libreria Blond e C. Piazza S. Sulpicio Parigi 7.

Numerosi pregiudizi, figli dell' ignoranza, circondano la pazzia e i pazzi nello spirito pubblico. Nei secoli passati essa era considerata come una prova dell'avversione divina, e nel Medio Evo come una macchinazione diabolica, stabilita dallo spirito del male contro Dio.

Questa credenza intorno all'origine soprannaturale della pazzia ancora persiste, ma essa fa meno male agli ammalati di mente che gli altri pregiudizi, come la credenza nel contagio della pazzia, nella incurabilità di essa e nel permanente pericolo che proviene dalla vicinanza di ammalati di mente. Di più il pubblico immagina abitualmente che i pazzi siano individui acrobati e grotteschi degni solamente di curiosità.

L'A., che da molti anni s'interessa alle sorti degli alienati guariti, e fa parte del patronato che guida i primi passi degli ammalati fuori dell'asilo, ha potuto constatare quanto questi pregiudizi rendano intollerabile la situazione degli ammalati guariti nella società. A causa della generale diffidenza, gl' infelici si vedono ricusare qualunque lavoro; per essere adibiti a lavorare occorrono dei certificati recenti ed

essi non possono produrre che un certificato di uscita dall'asilo; certificato pericoloso fino al punto che corre negli asili questo detto: « Vale meglio uscire dalle prigioni che da un ricovero di alienati ».

Per distruggere questi pregiudizii, l'A. dice semplicemente la verità e si sforza di far comprendere che l'ammalato di mente è un ammalato degno di cure, come tutti gli altri, di assistenza e di pietosa guida.

N. Vaschide — Le allucinazioni telepatiche — *1 Vol. in 16 de la Biblioteca di Psicologia sperimentale ecc. Prezzo 1,75.* Libreria Blond e C. Parigi.

I problemi, ancora così poco conosciuti, che cadono nel dominio del metapsichismo, non possono essere utilmente trattati che da filosofi sperimentalisti e con l'aiuto di metodi rigorosamente scientifici.

Convinto di queste idee, N. Vaschide di cui la recente morte rappresenta una perdita autentica per la scienza e la filosofia, ci dà i risultati delle sue indagini e delle sue esperienze su questa questione assai sottile e delicata: *le allucinazioni telepatiche.* Dopo aver detto del suo metodo di ricerca, N. Vaschide stabilisce le sue conclusioni e la sua tesi originalissima tra *parallelismo psicologico ed affettivo.* La nostra vita psichica subcosciente sarebbe la origine delle allucinazioni telepatiche e l'ipotesi delle vibrazioni che farebbe comunicare il nostro pensiero attraverso lo spazio dev' essere abbandonata. Vi sarebbe invece tra gli esseri legati d'affetto, *un'armonia intellettuale prestabilita,* armonia derivante dalla emozione, dal tono affettivo, che *è « sostanza fondamentalei e primitiva del nostro essere ».*

Dott. Marcello Viollet (Medico degli Ospedali) — Lo spiritismo nei rapporti con la pazzia — Libreria Blond e C.i

In quest'opera l'A. dà prova d'una imparzialità che i cultori dello *Spiritismo* riscontrano raramente, allorquando i medici si occupano delle loro ricerche. L'A. non è nè un fervente spiritista, né uno scettico. Egli crede che i fenomeni spiritici sono così degni di credenza

e di studio come tanti altri fenomeni rimasti misteriosi alla intelligenza umana; e predice il fatto che le ricerche degli spiritisti aprano il varco alla « fondazione di una nuova scienza ».

Ma, proprio per questa ragione, Egli si addolora di vedere le riunioni spiritiche contenere un certo numero di persone squilibrate, di gente predisposta alle malattie mentali, di veri e proprii alienati.

Tutti questi predisposti trovano nei fenomeni spiritici ancora misteriosi e nella dottrina spiritica, condizioni eminentemente favorevoli per delirare. Lo spiritismo non è dannoso che per questi, ed è per questi veramente e solamente dannoso.

L'A. fa poi uno studio profondo dei rapporti tra lo Spiritismo e la follia, mettendo in luce tutte le esagerazioni grottesche, di cui son coloriti i delirii, a causa dello stesso Spiritismo.

Errico Laures — LE SINESTESIE — Biblioteca di Psicologia sperimentale ecc. Libreria Blond.

L'A. ha voluto trattare di proposito la questione delle Sinestesie (audizione colorata ecc.) da un nuovo punto di vista.

Pensando che i psicologi hanno fin qui troppo negletta l'indagine sulla natura emozionale o meno di questi fenomeni, li ha divisi in due gruppi:

1.° — Le sinestesie non presentano alcun carattere emotivo del tipo dell'audizione colorata semplice;

2.° — Le sinestesie, nelle quali uno degli elementi sensoriali o tutti e due, sono di carattere emotivo, indicando le affinità esistenti tra questi fenomeni ed « i fatti corrispondenti » che noi stabiliamo, si verificano tra due sensazioni d'ordine differente.

Prospettate così, le sinestesie del primo tipo parrebbero potersi spiegare con le teorie fisiologiche. Le altre sarebbero una conseguenza delle prime. Si verificherebbero sopratutto presso soggetti anormali ed a coltura molto sviluppata, e potrebbero spiegarsi con una teoria psicologica dell'emozione.

N. Vaschide e Raymond Meunier — LA PATOLOGIA DELL' ATTENZIONE. Libreria Blond e C.

Non esiste ancora, nella letteratura psicologica francese, un sol volume consacrato alla Patologia dell' Attenzione. Appena un capitolo esamina questa importante questione nel trattato recentemente pubblicato su la Psicologia dell' Attenzione.

N. VASCHIDE e RAYMOND MEUNIER han cercato di riempire questa lacuna fondandosi esclusivamente sul terreno sperimentale, traendo dall'esperienza le conclusioni che questo consente.

« Essi dicono che solamente per l' applicazione dei metodi della « psicologia sperimentale alla psichiatria si può positivamente get- « tar la base di una psicologia patologica. Così questo lavoro, che « tratta della psicopatologia de l'Attenzione darà i risultati forniti dal « laboratorio o dai mezzi in uso nei laboratorî. Tale deve essere a « nostro avviso la posizione del problema ».

Passano inoltre in rivista le prime ricerche sperimentali (SANTE DE SANTIS, OBERSTEINER, BUCCOLA, CARLO RICHET, ecc.) ricerche dove si precisano a poco a poco la metodologia ed i risultati; in seguito i risultati della psicometria di RÈMOND, che, secondo gli AA., rappresenta uno dei migliori lavori, se non il migliore lavoro francese sulla quistione del tempo di reazione; le esperienze e le osservazioni di RAYMOND e di PIERRE JANET, esperienze ed osservazioni che permisero la famosa scoverta de le « curve paradossali » e poi altri lavori di noti autori e le esperienze del laboratorio di Psicopatologia de la Scuola degli Alti studi.

Dopo aver stabilite le tavole sintetiche dei principali risultati sperimentali N. VASCHIDE e R. MEUNIER danno le loro conclusioni.

NECROLOGIE

GIUSEPPE ANGRISANI

Scrivo con animo profondamente commosso di Lui, che seppe la via tormentosa del sacrificio e conobbe le asprezze del diuturno lavoro nostro, al quale dedicò tutta la sua nobilissima esistenza, e la bontà grande dell'animo suo.

Ancora, ahimè! la perdita immatura di **Gaetano Angiolella** ci teneva commossi e pensosi, che viene a mancare in mezzo a noi anche **Giuseppe Angrisani**, sollevando un grido d'angoscia di quanti ebbero con lui comunanza di affetti e consuetudini di vita amicale.

Oh! non così, non così va reciso il fil della vita al lavoratore degnissimo, al padre cui riscaldò il pensiero del sicuro avvenire dei figli, al compagno nostro di lavoro, che disdegnò gl'infingimenti e le amicizie propiziatrici e procaccianti. Poichè Egli fu sopratutto un lavoratore onesto, e seppe dare tutto sè stesso e la sua fibra, un dì così gagliarda, alle cure dei nostri numerosi ammalati; anche quando il suo organismo, lentamente soccombente, ebbe bisogno di riposo e di calma, anche quando sentì tutto il peso fastidioso di una malattia che ne avea minata l'esistenza, anche allora, forse più che prima, restò attaccato al suo dovere, che non conobbe i riposi di Lui.

E morì fra i suoi ammalati!

Circondato dall'affetto dei suoi, degli infermieri nostri che ne conobbero la serena coscienza, in mezzo al rimpianto dei suoi colleghi, ai quali fu caro per la grande bontà dell'animo, si spense in quella Succursale di Cava dei Tirreni, dove la dolce mitezza del clima e l'aria salubre non bastarono a ridonarlo alla famiglia, che lo piangerà lungamente.

Inchinandoci al Fato, che si è compiuto in Lui, sentiamo ancora tutto il vuoto che **Giuseppe Angrisani** ha lasciato fra noi; e vada per tanto al nostro collega il memore saluto nostro, che ne apprezzammo sempre la onesta rettitudine della vita ed il forte sentimento del dovere.

Lener

ALFONSO MELISURGO

Una perdita non facilmente riparabile ha subito l'Amministrazione del Manicomio Interprovinciale con la morte del suo Segretario Capo Comm. **Alfonso Melisurgo**. Funzionario retto ed abile, di modi conciliativi e cortesi, d'iniziativa pronta ed efficace, spirito equanime e gentile riuniva in sè le rare doti del gentiluomo antico e dell'amministratore perfetto.

Compiuta brillantemente la carriera militare nell'arma di Artiglieria fino all'alto grado di Colonnello, avrebbe potuto godersi gli agi dell'onorato riposo in seno alla adorata famigliuola, se la febbre del lavoro, e le tendenze dell'anima non l'avessero spinto verso un miraggio più luminoso ed umano: l'assistenza dei poveri mentecatti.

Ed egli ha tenuto l'ufficio di Capo dell'amministrazione di questo Asilo disposando con mirabile armonia la giusta tutela degl'interessi dei Sig.ri Concessionarî alla più larga visione dei complessi bisogni dei ricoverati ed al decoro dell'Istituto.

Noi che per lunghi anni e nelle più varie contingenze abbiamo potuto apprezzare la mente ed il cuore di **Alfonso Melisurgo**, consacriamo in queste pagine alla venerata memoria di lui, l'omaggio sincero e memore della nostra ammirazione.

V.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno { Interno . . . . Lire 7,00
Anno { Estero . . . . » 9,00

Un numero separato . . . . » 3,00

L' annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

I lavori in dono e le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Raffaele Galdi, Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.

2.ª RICHIESTA AUTOGRAFA
dell' illustre Prof. Comm. LEONARDO BIANCHI
già Ministro della Pubblica Istruzione
Il Prof. L. Bianchi
Direttore della clinica per malattie mentali e nervose
Trova ottima la china
La CHINA-GUACCI guarisce: Atonie gastriche, malattie di stomaco, digestioni stentate e difficili, inappetenza, povertà del sangue, anemia, cloro-anemia, esaurimento nervoso, scrofola, scorbuto, neurastenia, gravidanze fastidiose e moleste, rachitide, debolezza generale, postumi delle malattie infettive e della malaria, nonchè convalescenza di qualsiasi infermità.
È UN TONICO CORROBORANTE DI MASSIMA EFFICACIA
FORTIFICA IL SISTEMA NERVOSO E RINFRANCA LE FORZE
È LA CURA PIÙ SEMPLICE, PIÙ EFFICACE E PIÙ ECONOMICA
Vendesi presso l'autore Via Roma N.º 154 - primo piano - NAPOLI
e nelle buone farmacie di tutti i paesi del mondo.
L. 4 la bottiglia (30 giorni di cura), per posta L. 4,80; L. 2,50 1\|2 bottiglia, per posta L. 3,30. 3 bottiglie si spediscono per L. 12, col porto affrancato o tre 1\|2 bottiglie per L. 7,50. contro rimessa di cartolina-vaglia.
Esigere la bottiglia chiusa in iscatola su cui vi è la MARCA del MORO legalmente depositata.